

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

306

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-Marie BOMPART

Né le 11 septembre 1902 à Amiens
Interne des Hôpitaux de Paris

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE
POUR FIBROME
PENDANT LA GROSSESSE.

INDICATIONS - TECHNIQUE - RÉSULTATS

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-Marie BOMPART

Né le 11 septembre 1902 à Amiens

Interne des Hôpitaux de Paris

**L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE
POUR FIBROME
PENDANT LA GROSSESSE**

INDICATIONS - TECHNIQUE - RÉSULTATS

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBŒULLETT.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 BUSQUET. . . Pharmacologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET. . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail.
Hommage de mon respectueux attachement
et de ma très vive reconnaissance pour la sollicitude qu'il
n'a cessé de me témoigner.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Grand-Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de respectueuse admiration,
de reconnaissance et de profond attachement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur DELAUNAY

Chirurgien en chef de l'Hôpital Péan
Commandeur de la Légion d'Honneur

Respectueux hommage de mon profond dévouement et de ma très vive gratitude pour la bienveillance qu'il m'a fait l'honneur de me témoigner.

A MON MAITRE

A Monsieur le Docteur LOUIS SAUVÉ

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

*Hommage de ma très respectueuse
affection et de ma vive reconnais-
sance pour la confiance qu'il a bien
voulu m'accorder pendant les deux
années où j'ai été son interne.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur LEGUEU

Professeur de Clinique urologique à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Respectueux hommage.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur CARNOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

M. le Professeur LEMIERRE.

Externat

M. le Professeur GOSSET.

M. le Professeur CARNOT.

M. le Professeur BRINDEAU.

M. le Docteur HUDELO.

Internat provisoire

M. le Docteur MAILLARD.

M. le Professeur agrégé DESCOMPS (*in memoriam*).

Internat

M. le Professeur agrégé MATHIEU.

M. le Docteur DUJARIER.

M. le Professeur BRINDEAU.

M. le Professeur LEGUEU.

M. le Docteur SAUVÉ.

M. le Professeur GOSSET.

M. le Docteur SAUVÉ.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

M. le docteur MOULONGUET, Professeur honoraire de
Clinique Chirurgicale.

M. PANCIER, Directeur de l'Ecole de médecine.

M. le docteur CARAVEN, Professeur de Clinique Chi-
rurgicale.

M. le docteur MERLE, Professeur de Clinique Médicale.

A M. le docteur GARRELON

Chef des Travaux pratiques de Physiologie à la Faculté de Médecine

*Respectueux hommage de ma reconnais-
sance pour la bienveillance avec laquel-
le il m'a permis d'entreprendre dans
son laboratoire des travaux de chirur-
gie expérimentale.*

A MM. les Docteurs BESSET et ROCHE

Chirurgiens de l'Hôpital Péan

A M. le Professeur agrégé BERNARD FEY
Chirurgien des Hôpitaux.

Hommage de mon respectueux attachement.

A M. le Professeur agrégé METZGER
Accoucheur de l'Hôpital Tenon

A M. le Docteur JULIEN HUBER
Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré

A MM. les Professeurs agrégés LEQUEUX et VAUDESCAL
et BERNARD FEY.

A MM. les Docteurs CHARRIER, SOUPAULT et THALHEIMER,
Chirurgiens des Hôpitaux.

A M. le Docteur MARQUÉZY, Médecin des Hôpitaux.

A M. le Docteur ANDRÉ LEMAIRE, Médecin Assistant de
l'Hôpital de la Pitié.

A MM. les Docteurs DESOUBRY, FROMENT, JACQUET,
LANTUÉJOUL, de PERRETTI della ROCA, RACHET,
chefs de clinique et anciens chefs de clinique à la
Faculté.

A M. le Docteur HENRI DESOILLE, Préparateur du cours
de Médecine légale à la Faculté.

INTRODUCTION

L'hystérectomie abdominale pour fibrome au cours de la grossesse, que nous nous proposons d'étudier ici, est une intervention d'exception. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de formuler ses indications très limitées mais aussi très précises, de discuter la valeur de la méthode, ses avantages et ses inconvénients, à la lumière des résultats obtenus, enfin d'insister sur certains détails techniques propres aux circonstances spéciales que crée l'évolution d'une grossesse dans un utérus fibromateux.

Nous éliminons complètement de notre sujet l'hystérectomie pour fibrome dont on fait suivre une césarienne pratiquée au voisinage du terme. Cette intervention complémentaire reconnaît des indications beaucoup plus larges, puisqu'elle ne présente pas l'inconvénient d'interrompre une grossesse en cours. Mais elle sort du cadre que nous nous sommes volontairement assigné et nous nous limiterons strictement à l'étude de l'hystérectomie pour fibrome pratiquée au cours de la gestation, enlevant en bloc l'utérus, le fibrome et le fœtus, intervention d'exception, puisqu'elle présente l'in-

convénient d'interrompre une grossesse en cours et de rendre impossible toute grossesse ultérieure.

Nous avons pu réunir ici 13 observations inédites ; 8 d'entre elles ont été recueillies dans le service de notre maître M. le Pr Brindeau qui a bien voulu nous indiquer le sujet de ce travail et nous guider de ses précieux conseils. Nous tenons à remercier également notre maître, M. le Dr Sauvé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, des observations de sa pratique personnelle qu'il a eu la bonté de nous transmettre, ainsi que M. le professeur agrégé Metzger, M. le Pr agrégé Vaudescal et notre ami le Dr Suzor, qui ont bien voulu nous confier les intéressantes observations que nous rapportons plus loin.

Ces 13 cas nous ont permis d'illustrer cette étude de faits précis et de discuter à la lumière des réalités les principes généraux qui dictent l'hystérectomie pour fibrome au cours de la grossesse et qui président à son exécution.

HISTORIQUE

C'est en 1888 que cette intervention fut pratiquée pour la première fois par Martin. L'indication opératoire était dictée par le volume de la tumeur qui déterminait un syndrome de compression pelvienne. L'hystérectomie totale faite au quatrième mois de la grossesse amena la guérison.

Le même auteur intervint l'année suivante dans des conditions analogues avec un égal succès. Depuis cette date les observations se succèdent et dès 1900 deux travaux d'ensemble viennent résumer l'état de la question à cette époque. Dans sa thèse sur les « Interventions chirurgicales sur les fibromes gravidiques », Turner consacre un chapitre à l'hystérectomie pratiquée au cours de la grossesse. Il lui reconnaît trois indications principales : la constitution d'un syndrome de compression pelvienne, l'existence d'hémorragies importantes, l'apparition d'un syndrome péritonéal. Ce travail marque une date dans l'évolution des idées car il met en évidence les avantages de l'hystérectomie sur l'interruption simple de la grossesse par avortement provoqué, presque exclusivement préconisée jusque-là.

Dans une thèse de la même année Lucas s'attache à l'étude des « Indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des fibromes compliqués de grossesse ». Il réunit 22 cas d'hystérectomies pratiquées avant le 7^e mois pour des indications diverses. Il précise que cette intervention ne peut être envisagée que s'il y a incompatibilité entre la continuation de la grossesse et la vie de la femme.

En 1924, le XXXIII^e Congrès de chirurgie avait mis à l'ordre du jour les indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. Lorsqu'il envisage les indications thérapeutiques au cours de la grossesse, M. Labey, rapporteur de la question, précise que l'hystérectomie à un tel moment ne vit que des contre-indications de la myomectomie.

Dès 1923 d'ailleurs, notre maître, M. le Pr Brindeau, dans une étude des fibromes compliqués de grossesse, avait publié 10 cas d'hystérectomies faites dans ces conditions, insistant sur les indications respectives de la myomectomie et de l'hystérectomie.

En 1929, au VI^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, dans son rapport sur « La myomectomie dans ses rapports avec la grossesse », il précise les conditions particulières où l'impossibilité de la myomectomie conduit à préférer l'hystérectomie : siège trop profond du myome, multiplicité des noyaux.

Depuis 1900 d'ailleurs, la littérature contient un certain nombre d'observations éparses, parmi lesquelles nous avons retenu seulement celles qui comportaient les détails nécessaires à une étude critique des faits

objectifs. En faisant état des 22 cas antérieurs à 1900 rapportés par Lucas et en y joignant les 110 cas postérieurs à ce travail que nous avons rassemblés, il nous a été possible de classer 132 observations en un tableau publié ci-après. Cette méthode nous a paru être la plus simple pour juger impartialement des faits et pour en tirer des conclusions quant aux indications habituelles de l'hystérectomie pour fibrome au cours de la grossesse et à ses résultats.

Sans en tirer d'autres conclusions pour l'instant la simple lecture du tableau ci-joint nous permet de constater que sur 132 cas publiés :

- une seule mort a été enregistrée ;
 - dans 49 cas, c'est un syndrome de compression pelvienne qui a conduit à l'intervention ;
 - dans 34 cas, des hémorragies ou des signes d'infection liés à une interruption spontanée de la grossesse ont dicté l'hystérectomie ;
 - dans 24 cas, l'altération de l'état général liée à la nécrobiose du fibrome a amené à intervenir ;
 - dans 13 cas, c'est la torsion de l'utérus fibromateux qui a conduit à l'hystérectomie ;
 - dans 12 cas, l'opération a été décidée sans que la grossesse ait pu être reconnue au préalable ;
 - presque toutes ces interventions ont été pratiquées avant le 6^e mois de la grossesse.
-

INTERVENTIONS DICTÉES PAR UN

1. Alamartine.....	1914	34 ans	Fibrome volumineux.	3 mois
2. Amann.....	1905	—	Fibrome interstitiel.	3 mois
3. Beaussenot.....	1903	33 ans	Fibrome intraligamentaire.	2 mois 1/2
4. Bendu et Burty.	1907	—		7 mois
5. Boyd F. N.....	1904	29 ans	Gros fibrome enclavé.	4 mois
6. Brewis N. T... ..	1898	29 ans	Fibromes multiples à croissance rapide.	4 mois
7. Brickner Samuel	1912	26 ans	Fibrome multilobé.	3 mois
8. Brindeau.....	1903	32 ans	Gros fibrome.	4 mois
9. —	1923	—	Fibrome pesant 7 kg.	5 mois
10. —	—	28 ans	Fibrome à marche rapide.	3 mois
11. —	—	40 ans	Fibrome à marche rapide	2 mois
12. —	—	42 ans	Fibrome enclavé.	6 mois
13. —	—	35 ans	Fibrome à marche rapide.	1 mois
14. —	1912	30 ans	Fibrome chez une iv ^e pare.	6 mois
15. Bué.....	1910	37 ans	Fibromes multiples.	6 mois
16. Cameron.....	1895	36 ans	Enorme fibrome de 13 kg.	5 mois
17. Cannegisser....	1898	—	Fibrome enclavé du petit bassin.	3 mois
18. Caratens.....	1905	42 ans	Fibromes multiples à croissance rapide.	3 mois
19. Carbonelli	1902	30 ans	Gros fibrome.	4 mois
20. Demons.....	1910	28 ans	Fibrome du fond de l'utérus.	5 mois
21. De Rouville....	—	20 ans	Fibrome en dégénérescence pseudo-kystique.	—

SYNDROME DE COMPRESSION PELVIENNE

Compression.	Hystérect. totale	Guérison	<i>Lyon Médical</i> , 1914, page 536.
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Zent. f. Gynäk</i> , 1905, p. 856.
Compression : douleurs et vomissements.	Totale	Guérison	<i>Bullet. Soc. Anatom.</i> , 1903, p. 720.
Compression et douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Soc. Anat.</i> , juillet 1907, p. 108.
Compression.	Totale	Guérison	<i>Journ. of Obstetrics and Gynecology</i> , 1904, page 315.
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Scottish Medical and Surgical Journal</i> , 1898, page 404.
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>American Journal of Obstetrics</i> , 1912, page 645.
Compression.	Totale	Guérison	<i>Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie</i> , 1903, p. 168.
Compression.	—	Guérison	<i>Presse Médicale</i> , 28 avril 1923.
Compression.	—	Guérison	—
Compression.	—	Guérison	—
Compression et anurie.	—	Guérison	—
Compression	—	Guérison	—
Compression et phlébite.	Subtotale	Guérison	<i>Thèse Leroux</i> .
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Société d'Obstétrique et de Gynécologie</i> , 1910, page 352.
Compression, Dyspnée.	Totale	Guérison	<i>British Medical Journal</i> , déc. 1895.
Compression.	Totale	Guérison	<i>Société d'Accouchement et de Gynécologie</i> , de St-Petersbourg, 1898.
Compression.	Totale	Guérison	<i>American Journal of Obstetrics</i> , 1905, page 734.
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Progrès Médical de Turin</i> , 1902, page 157.
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>XII^e Congrès de Chirurgie</i> .
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Thèse Laudeman</i> , Montpellier, 1921.

22. Doleris	1905	37 ans	Fibrome volumineux.	3 mois
23. Doran	1907	39 ans	Fibrome du segment cervical.	5 mois
24. Doran	1907	30 ans	Fibrome du fond.	4 mois
25. Fabre	1906	35 ans	Fibrome enclavé.	3 mois
26. Fothergill	1906	—	Gros fibrome du fond.	3 mois
27. Fochier	1903	43 ans	Gros fibrome.	2 mois 1/2
28. Grimault	1927	30 ans	Gros fibrome.	3 mois
29. Grosse	1923	32 ans	Fibrome en nécrose aseptique.	4 mois
30. Haultrain	1901	—	Fibrome interstitiel.	3 mois
31. Heimo	1911	35 ans	Fibrome en nécrose aseptique.	3 mois
32. Hendisch	1907	—		3 mois
33. Jacob	1901	—	Fibrome.	3 mois
34. Kufferath	1896	30 ans	Enorme fibrome dépassant l'ombilic	4 mois
35. Mac Murton	1907	—		5 mois
36. Martin	1888	37 ans	Gros fibrome du corps et 2 fibromes du col.	4 mois
37. —	1889	28 ans	Fibrome intraligamentaire gauche.	3 mois
38. Michon (Louis).	1925	35 ans	Fibrome de la face antérieure de l'utérus.	3 mois
39. Monprofit	1899	42 ans	Fibrome multilobé.	3 mois
40. —	—	36 ans	Fibrome très volumineux.	2 mois 1/2
41. Mouchotte	1911	38 ans	Fibrome en nécrose aseptique.	5 mois
42. Pagenstecher	1900		Fibrome multiple.	3 mois

Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Bulletin de la Société Anatomique</i> , 1905, page 329.
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Lancet</i> , 1907, tome II, page 1451-1454.
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Lancet</i> , 1907, tome II, page 1451-4.
Occlusion intestinale.	Subtotale	Guérison	<i>Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon</i> , 1906, page 277.
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Journal Obst.</i> , 1906, page 101.
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Lyon Médical</i> , 1903, page 418.
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie</i> , 1927, p. 493.
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Thèse Viel</i> , Paris 1920.
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Brit. Med. Journ.</i> , 1901, p. 1209.
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Annales de Gynécologie et d'Obstétrique</i> , mars 1917.
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Anz. Ver. Neürnberg</i> , 18-IV-1907.
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Méd. Record</i> , 1901, p. 224.
Compression : vomissements et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique</i> , 1896.
Compression douleurs intenses.	Totale	Guérison	<i>Southern Surg. Gyn. Av. New. Orléans</i> , déc. 1907.
Compression.	Totale	Guérison	<i>Zeitschrift Geburt un Gynäkologie</i> , tome XX, page 109.
Compression.	Subtotale	Guérison	—
Compression.	Totale	Guérison	<i>Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie</i> , 1925, p. 386.
Compression et vomissements.	Totale	Guérison	<i>Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale</i> , 1899.
Compression (Edèmes et dysurie.	Subtotale	Guérison	—
Compression.	Totale	Guérison	<i>Annales de Gynécologie et d'Obstétrique</i> , 1911, page 76.
Comp. avec doull. et fièvre.	Subtotale	Guérison	<i>Zent f. Gyn.</i> , 1900, p. 111.

43. Peters		Fibrome multiple.	2 mois
44. Rivière 1924	30 ans	Fibrome à noyaux multiples et à croissance rapide.	2 mois 1/2
45. Ross 1893	40 ans	Enorme fibrome du corps.	4 mois
46. Sauger 1885		Fibromes multiples.	3 mois
47. Steidl 1904			4 mois
48. Vauverts 1930	42 ans	Gros fibrome.	3 mois
49. Windisch 1907		Gros fibrome.	3 mois

PELVIENNE

Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Gyn. Gorlach. Zu Dresden.</i>
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1924, page 614.</i>
Compression.	Totale	Mort d'occlusion 1 mois après	<i>American Journ. of Obstetrics, 1893.</i>
Comp. avec doul. et fièvre.	Subtotale	Guérison	<i>Zent. f. Gyn., 1885, p. 348.</i>
Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Bulletin de Société d'Obstétrique, 1920, page 466.</i>
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Münch. Med. Woch., 1907, p. 1879.</i>
Compression.	Subtotale	Guérison	<i>Arz. Ver. Neurnberg, 18 IV mars 1907.</i>

50. Allmeling	1905	—	Fibrome.	5 mois
51. Bäcker	1907	—	Gros fibrome.	6 mois
52. Barbour	1907	—	Fibrome du col.	4 mois
53. Brindeau	1923	30 ans		7 mois
54. Cohn	1906	—	Fibrome.	5 mois
55. Commandeur	1926	27 ans	Fibromes multiples.	4 mois
56. Cordemans	1898	24 ans	Fibromes interstitiels.	3 mois
57. Dartigues	1909	32 ans	Fibromes multiples et kyste paratubaire.	2 mois 1/2
58. Delfourd	1926	35 ans	Gros fibrome.	3 mois 1/2
59. Duboucher	1925	42 ans	Fibromes multiples.	—
60. Duncan	1900	38 ans	Gros fibrome du col.	5 mois
61. Essen-Möller	1904	—	Fibromes multiples du col.	3 mois
62. Elischer	1900	—	Fibrome.	3 mois
63. Ilamer	1901	—	Fibrome intra ligamentaire.	4 mois
64. Hofmérier	1907	—	Fibromes multiples.	3 mois
65. Haultain	1908	—	Fibromes multiples.	6 mois
66. Jacobs	1901	—	Gros fibrome.	3 mois
67. Jessurun	1905	—	Fibrome.	3 mois
68. Kworostansky	1904	—	—	3 mois
69. Lomer	1905	—	Fibrome du corps.	4 mois
70. Ludwig	1900	—	Fibrome.	5 mois
71. Maiss	1908	—	Gros fibrome du col.	2 mois
72. Merkel	1904	—	Fibrome interstitiel.	4 mois

D'INTERRUPTION

ou Infection)

Hémorragie avec douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Inaug-Diss. Würzburg</i> , 1905.
Hémorragie avec douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Zentralbl. f. Gyn.</i> , 1902, p. 835 à 985.
Infection.	Totale	Guérison	<i>Brit. Med. jour.</i> , Feb. 1907, p. 438.
Infection.		Guérison	<i>Presse Médicale</i> , 28 avril 1923.
Hém. avec fortes douleurs.	Totale	Guérison	<i>Diss. Freiburg</i> , 1906.
Hémorragie, avortement impossible.	Subtotale	Guérison	<i>Bulletin de Société d'Obstétrique et de Gynécologie</i> , 1926, page 328.
Hémorragie et fièvre.	Totale	Guérison	<i>Société Belye de Gynécologie et d'Obstétrique</i> , 1898.
Accidents hémorragiques.	Totale	Guérison	<i>Paris Chirurgical</i> , 1909, page 416.
Infection.	Totale	Guérison	<i>Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie</i> , 1926, p. 516.
Hémorragies et compression.	Totale	Guérison	<i>Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie</i> , 1925, p. 675.
Hémorragies.	Totale	Guérison	<i>Lancet</i> , 1900, page 613-614.
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Gynakal. Klinik. Journ.</i> , 1904.
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Ref. Mon. f. Zeb. u. Gyn.</i> , vol. II, 1900, p. 581.
Hémorragie.	Totale	Guérison	<i>Diss. Zürich</i> , 1907.
Hémorragie et douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Würzburg-Abhandl. aus. d. Gesamtgebute d. prakt. Medizin</i> , vol. II, 1902, p. 275.
Hémorragie et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Brit. Med. Jour.</i> , 1908, vol. II, p. 1665.
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Med. Record</i> , Feb, 1901, p. 224.
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Zentralbl. f. Gym.</i> , 1905, page 81.
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Arch für. Gyn.</i> , 1903, page 113.
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Zentralbl. f. Gyn.</i> , 1905, page 589.
Hémorragie et douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Zentralbl. f. Gym.</i> , 1900, p. 769
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Gyn. Ges. in Breslau</i> , mars 1908
Hémorragie et douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Münch. Med. Woch.</i> , 1904, p. 1178.

73. Michel	1908	—	Rétention fœtale dans un utérus fibromateux.	5 mois
74. Münchmeyer . .	1900	—	Fibrome.	2 mois
75. Pinto	1906	—	Fibrome interstitiel.	3 mois
76. Paucat	1911	26 ans	Fibromes multiples.	2 mois 1/2
77. Rosenstein	1906	—	Fibromes multiples.	3 mois
78. Schütze	1907	—	Fibrome en voie de nécrose.	—
79. Simon	1906	—	Fibrome.	3 mois
80. Targett	1905	—	Fibrome.	6 mois
81. Tissier	1896	38 ans	Fibrome multilobé.	1 mois 1/2
82. Vieten	1905	—	Fibrome.	2 mois
83. Vineberg 1904. .	1904	—	Fibromes multiples.	3 mois

D'INTERRUPTION ou Infection)

Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Soc. de Méd. de Nancy</i> , oct. 1908.
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Zentr. f. Gyn.</i> , 1900, page 705.
Hémorragie et douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Hegass. Beiträge zur Geburtsh.</i> , 1906, page 134.
Infection.	Totale	Guérison	<i>Bulletin Société Obstétrique et Gynécologie</i> , 1911, page 449.
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Gyn. Ges. in Breslau</i> , déc. 1906.
Douleurs avec menace d'avortement.	Subtotale	Guérison	<i>Obst. u. West press. Ges. f. Gyn.</i> , mars 1907.
Hémorragie et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Münch Med. Woch</i> , 1906, page 580.
Hémorragie abondante.	Subtotale	Guérison	<i>Obst. Soc. of London</i> , mars 1905.
Hémorragie.	Totale	Guérison	<i>Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie</i> , 1896, page 3.
Hémorragie.	Subtotale	Guérison	<i>Inaug. Diss. Giessen</i> , 1905.
Hémorragie et douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Acad. de Med. de New-York</i> , 1904.

84. Bonga.....	1901	—	Enorme fibrome.	—
85. Bonamy	1906	27 ans	Fibrome en nécrose aseptique.	5 mois
86. Brindeau	1923	35 ans	Fibrome en nécrose aseptique..	2 mois
87. —	1923	—	Fibrome en nécrose aseptique.	1 mois
88. —	1923	—	Fibrome en nécrose aseptique.	2 mois
89. Brewis	1907	37 ans	Gros fibrome du corps.	5 mois 1/2
90. Chavannaz	1910	25 ans	Fibrome nécrobiosé. Essai infructueux de myomectomie.	2 mois
91. Chalodkowski .	1904	—	Fibrome.	4 mois
92. Csiky.....	1902	—	Fibrome multiple.	4 mois
93. Archibald Donald	1901	34 ans	Fibrome en nécrose aseptique.	3 mois
94. Dovan.....	1902	—	Fibrome.	5 mois
95. Ebest.....	1907	—	Fibrome en voie de nécrobiose.	4 mois
96. Fenwich	1906	—	Fibrome.	4 mois
97. Fùth	1907	—	Fibrome interstitiel en voie de nécrose.	5 mois
98. Hoog	1902	—	Gros fibrome.	4 mois
99. Legueu	1911	42 ans	Fibrome nécrobiosé.	2 mois
100. Meyer	1905	—	Fibrome.	3 mois
101. Michin.....	1902	—	Fibrome.	5 mois
102. Potocki.....	1912	36 ans	Fibrome nécrobiosé.	2 mois
103. Reinecke.....	1908	—	Fibrome en voie de nécrose,	4 mois
104. Ridell	1905	—	Gros fibrome.	7 mois
105. Schenk	1908	—	Fibrome du corps en voie de nécrose.	5 mois
106. Trautman	1901	—	Fibrome.	2 mois
107. Walter	1906	—	Fibrome en dégénérescence.	3 mois

L'ÉTAT GÉNÉRAL

Douleurs avec fièvre	Subtotale	Guérison	<i>American Journ. of obst.</i> , mars 1901, p. 388.
Altération de l'état général		Guérison	<i>Thèse Leroux.</i>
Nécrobiose.	Subtotale	Guérison	<i>Presse Médicale</i> , 28 avril 1923.
Douleurs vives.	Subtotale	Guérison	—
Nécrobiose.	Subtotale	Guérison	—
Amaigrissement et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Scottish Medical and Surgical Journ.</i> 1907, page 64.
Fièvre et douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Ann. de Gynécologie et Obstétrique</i> , 1910.
Douleurs vives.	Subtotale	Guérison	<i>Petersb. Med. Woch.</i> , 1904.
Doul. vives et réact. périt.	—	Guérison	<i>Zentralbl. f. Gyn.</i> , 1907, p. 290.
Altération de l'état général.	Subtotale	Guérison	<i>American Journ. ob. Obst.</i> , 1901, p. 402.
Alt. de l'état gén. av. doul.	Subtotale	Guérison	<i>Lancet</i> , 1902, vol. II, p. 1451.
Douleurs avec fièvre.	Subtotale	Guérison	<i>Ges. f. Geb. u Gyn.</i> , Leipzig, mars 1907.
Douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Brit. Gyn. Journ.</i> , 1906.
Douleurs avec fièvre.	Subtotale	Guérison	<i>Ges. f. Gyn. en Geb. zu Köln</i> , nov. 1909.
Douleur et réact. périton.	Subtotale	Guérison	<i>Diss</i> , Strassbourg, 1902.
Réaction péritonéale.	Subtotale	Guérison	<i>Ann. Gynécol. Obstétr.</i> , 1912, p. 118.
Altération de l'état génér.	Subtotale	Guérison	<i>St Petersbourg Méd. Woch.</i> , 1905.
Néphrite.	Subtotale	Guérison	<i>Zentralbl. f. Gyn.</i> , 1902, p. 659.
Altération de l'état général et réaction péritonéale.	Subtotale	Guérison	<i>Gynécologie et Obstétrique</i> . 1912, page 117.
Douleurs avec fièvre.	Subtotale	Guérison	<i>Deutsche Med. Woch.</i> , 1908, page 1630.
Altération de l'état génér.	Subtotale	Guérison	<i>Lancet</i> , mai 1905, p. 1184.
Douleurs et fièvre.	Subtotale	Guérison	<i>Prag. Med. Woch.</i> , 1908, p. 425.
Douleurs très vives.	Subtotale	Guérison	<i>Disz. Bonn</i> , 1901.
Douleurs très vives avec fièvre.	Subtotale	Guérison	<i>Journ. of Obst. et Gyn. of the Brit. Empire</i> , 1906, p. 81.

108. Bas et von Hesff.....	1906	—	Fibrome de l'angle gauche. Torsion en masse. Avortement en cours.	4 mois
109. Barbour.....	1907	—	Torsion en masse de 90° de droite à gauche.	5 mois
110. Béraud.....	1908	—	Gros fibrome tordu en voie de né- crobiose. Avortement en cours.	3 mois
111. Bland-Sutton..		—	Fibrome tordu de 90° infection et nécrobiose.	3 mois
112. Brindeau.....	1923	26 ans		4 mois
113. Campbell.....	1907	—	Fibrome du ligament rond tordu.	3 mois
114. Doran	1902	30 ans	Fibrome pédiculé du col tordu de 90° de gauche à droite.	6 mois
115. Edge	1906	—	Fibrome tordu.	4 mois
116. Ivanoff.....	1907	—	Gros fibrome de 7 kg. tordu de 180° de droite à gauche.	3 mois
117. Linotzky	1908	38 ans	Gros fibrome du fond tordu de 90° de droite à gauche.	5 mois
118. Ludwig.....	1899	—	Fibrome du fond torsion de 180°.	4 mois
119. Piccini.....	1892	—	Torsion d'un fibrome pédiculé, 1 tour de droite à gauche.	4 mois
120. Leifert.....	1909	37 ans	Gros fibrome du fond tordu de droite à gauche. Avortement en cours.	4 mois

Torsion.	Subtotale	Guérison	<i>In Piquant et Lemeland obst.</i> , 1903, p. 473.
Torsion.	Subtotale	Guérison	<i>Lancet</i> , 1907, p. 512.
Torsion.	Subtotale	Guérison	<i>In Piquant et Lemeland obs.</i> , 1903, p. 473.
Torsion.	Subtotale	Guérison	<i>Lancet</i> , 1902, vol. I, p. 17.
Torsion.	—	Guérison	<i>Presse Médicale</i> , 28 avril 1923.
Torsion.	Subtotale	Guérison	<i>Journ. of obstr. and Gyn. of the Brit. Empire</i> , 1907.
Torsion.	Subtotale	Guérison	<i>Edimbourg Medical Journal</i> , sept. 1903, p. 246.
Torsion.	Subtotale	Guérison	<i>Brit. Gyn. Journ.</i> , 1906-07, p. 32.
Torsion.	Subtotale	Mort	<i>Ann. de Gyn.</i> , mai 1907.
Torsion.	Subtotale	Guérison	<i>Wiener Klinische Woch.</i> , 1908, p. 203.
Torsion.	Totale	Guérison	<i>In Piquant et Lemeland.</i>
Torsion.	Totale	Mort	<i>In Piquant et Lemeland.</i>
Torsion.	Totale	Guérison	<i>Zentralbl. f. Lyon</i> , 1909, p. 1760.

121. Blair Bell 1908	—	Fibrome du col.	4 mois
122. Bonnaire 1909	29 ans	Petit fibrome.	4 mois
123. Doleris 1905	33 ans	Gros fibrome incarcéré.	3 mois
124. Finet 1898	36 ans	Fibrome multilobé.	5 mois
125. Fochier 1894	35 ans	Gros fibrome.	4 mois
126. Lannelongue .. 1892	36 ans	Enorme fibrome du fond.	4 mois
127. Monod 1896	39 ans	Fibromes multipl. à développ. rapide.	4 mois
128. Marchner 1902	—	Fibromes multiples.	5 mois
129. Piquand 1905	58 ans	Fibrome en nécrose aseptique.	3 mois 1/2
130. — 1909	46 ans	Fibrome en nécrose aseptique.	—
131. Richelot 1901	—	Fibrome.	4 mois
132. Wahl 1901	—	Gros fibrome.	6 mois

MÉCONNUE

Grossesse méconnue.	Subtotale	Guérison	<i>North. of England obst. and Gyn. Soc.</i> oct. 1908.
Grossesse méconnue. Compression et hémorragies.	Totale	Guérison	<i>Bulletin de Société d'Obstétrique</i> , 1909, page 131.
Grossesse méconnue. Hémorragies et douleurs.	Totale	Guérison	<i>La Gynécologie</i> , 1905, page 193.
Grossesse méconnue.	Totale	Guérison	<i>Bulletin de Soc. Anatomique</i> , 1898.
Grossesse méconnue. Compression et douleurs.	Totale	Guérison	<i>Société des Sciences Médicales de Lyon</i> , 1894, page 121.
Grossesse méconnue.	Totale	Guérison	<i>Soc. d'Obstétrique de Bordeaux</i> , 1892.
Grossesse méconnue.	Totale	Guérison	<i>Société Anatomique</i> , 1896.
Grossesse méconnue avec douleur.	Subtotale	Guérison	<i>Zentralbl. f. Gyn.</i> , 1907, p. 1000.
Grossesse méconnue.	—	Guérison	<i>L'Obstétrique</i> , 1910, page 10.
Grossesse méconnue.	—	Guérison	—
Grossesse méconnue.	Subtotale	Guérison	<i>Comptes Rendus de la Soc. d'Obst. et de Gyn. et de Péd. de Paris</i> , 1901, p. 201.
Grossesse méconnue avec fortes douleurs.	Subtotale	Guérison	<i>Mon. f. Geb. u Gyn.</i> , 1901, p. 644

INDICATIONS OPÉRATOIRES EN GÉNÉRAL

Les indications opératoires dans la grossesse compliquée de fibrome sont et doivent rester exceptionnelles. Dans l'immense majorité des cas en effet, la grossesse peut aller à terme dans un utérus fibromateux. Elle est même compatible le plus souvent avec un travail normal. Lorsqu'une intervention est indiquée c'est habituellement [au voisinage du terme. On pratique alors une césarienne qu'on fait suivre selon les cas d'hystérectomie ou de myomectomie. Au cours de la grossesse par contre l'intervention reste exceptionnelle. On doit chercher à attendre le terme de la grossesse pour intervenir. Cette conduite est presque toujours possible et on pourrait multiplier les observations de ce genre. Nous nous bornerons à en rapporter un seul cas, particulièrement démonstratif à cet égard, qu'il nous a été donné d'observer tout récemment à la Clinique Tarnier :

OBSERVATION (M. le Pr BRINDEAU)

Mme Berthe G..., 29 ans, III^e pare, vient consulter à la clinique Tarnier le 24 décembre 1930. Elle est enceinte

de 6 mois. L'examen révèle la présence d'un fibrome énorme, en bissac avec un pôle inférieur comblant l'excavation et un pôle supérieur dans la fosse iliaque gauche. Le volume de la tumeur rend peu probable l'évolution normale de la grossesse ; mais, comme il n'existe aucun symptôme de compression, on se borne à surveiller la malade en restant prêt à intervenir.

Le 7 avril, le travail se déclare : le fibrome pelvien reste dur et n'ascensionne pas. L'intervention est décidée ; la grossesse est alors à terme, le travail à son début, les membranes sont intactes.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le corps de l'utérus se présente à la partie supérieure de l'incision. Les masses fibromateuses sont plus bas situées. Incision de l'utérus en tissu sain, là où le muscle utérin n'est pas envahi par l'infiltration fibromateuse. Traction par les pieds et extraction facile d'une fille vivante pesant 2900 grammes. L'utérus se rétracte immédiatement, le placenta se décolle à mesure que se produit la rétraction. Il devient possible alors d'extérioriser l'utérus et d'explorer la tumeur. Il existe 2 petits fibromes près du fond de l'utérus et deux masses beaucoup plus volumineuses : l'une abdominale, dans la fosse iliaque gauche, l'autre pelvienne, de la taille d'une tête fœtale, incluse dans le ligament large gauche, en avant de laquelle le pédicule utérin se ramifie en patte d'oie. Section et ligature des pédicules du côté droit. Myomectomie du fibrome intraligamentaire. Cette manœuvre rend possible la ligature et la section des pédicules du côté gauche. Section du col et fermeture de celui-ci,

Péritonisation. Parois en 3 plans. Anesthésie rachidienne.

A l'examen de la pièce le fibrome de la fosse iliaque est atteint de nécrobiose.

Suites opératoires simples.

Il nous paraît inutile de rapporter ici d'autres observations de ce genre. La fréquence de cas analogues suffit à prouver qu'il est presque toujours possible d'attendre le voisinage du terme pour pratiquer l'hystérectomie, qu'on peut alors faire précéder d'une césarienne. Il est exceptionnel que l'on soit contraint d'intervenir dans les premiers mois de la grossesse.

Au surplus, indication opératoire au cours de la grossesse, n'est pas synonyme d'hystérectomie, tant s'en faut. On doit au contraire faire l'impossible pour réaliser une myomectomie lorsqu'on a été contraint d'intervenir sur un utérus gravide et l'hystérectomie ne vit que des contre-indications de la myomectomie. Mais il est impossible de prévoir avant l'intervention où l'on pourra être conduit. Il est impossible de décider avant l'ouverture de l'abdomen qu'on se bornera à une opération conservatrice.

C'est pourquoi l'indication opératoire au cours de la grossesse doit rester exceptionnelle. Elle ne peut être posée que dans une seule condition : lorsque la vie de la femme se trouve mise en danger du fait de l'évolution de la grossesse.

En pratique on est amené à poser l'indication opératoire dans trois circonstances différentes ;

- 1° Pour un syndrome de compression pelvienne ;
- 2° En présence d'accidents hémorragiques ou infectieux liés à une interruption spontanée de la grossesse ;
- 3° Pour une altération grave de l'état général liée habituellement à la nécrobiose du fibrome s'accompagnant de phénomènes toxiques.

A ces trois circonstances où l'indication opératoire est posée en pleine connaissance de cause, il faut ajouter une 4^e éventualité : c'est celle d'un début de grossesse méconnue dans un utérus déformé par des fibromes volumineux. Ce cas est loin d'être exceptionnel.



FIG. 1. — Utérus gravide de 7 mois avec gros fibrome du fond (BRINDEAU).

Cliché extrait de la Pratique de l'Art des accouchements du Prof. Brindeau
dû à l'obligeance de Vigot Frères Editeurs).



FIG. 2. — Utérus gravide rétroversé par un gros fibrome de sa paroi
postérieure fixe dans le Douglas (EPARVIER et MICHON) (*idem*).

SYNDROME DE COMPRESSION PELVIENNE POSANT UNE INDICATION OPÉRATOIRE

L'apparition progressive d'un syndrome de compression pelvienne, d'intensité rapidement croissante, constitue l'indication de beaucoup la plus fréquente des interventions chirurgicales pour fibromes, pratiquées au cours de la grossesse. La première observation d'hystérectomie faite dans ces conditions : celle de Martin en 1888 est celle d'une malade enceinte de 4 mois qui fut opérée pour un syndrome de compression engendré par un fibrome volumineux.

Sur les 132 cas du tableau qui figure plus haut, 48 fois l'hystérectomie a été dictée par un syndrome de compression. Cette indication opératoire résume donc à elle seule près de la moitié des cas.

C'est la situation du fibrome qui est d'ordinaire à l'origine des signes de compression observés. Tous les fibromes ne réalisent pas indifféremment ce syndrome. Ce sont avant tout ceux de la race postérieure de l'utérus que leur siège semble prédisposer aux accidents. En effet lorsque le développement de l'utérus gravide ne les fait pas rapidement ascensionner au-dessus du dé-

troit supérieur, ils se trouvent incarcérés dans le petit bassin ; le fœtus les repousse en arrière dans la concavité sacrée d'où ils ne peuvent plus s'échapper et l'évolution de la grossesse va accroître progressivement les signes de compression qu'ils provoquent. Il va sans dire que dans ces conditions, c'est avant tout le rectum et les racines du plexus sacré qui sont exposés.

Souvent aussi, les fibromes de la face postérieure et du fond de l'utérus déterminent une rétroversion. Tantôt cette rétroversion était préexistante à la grossesse. Plus souvent c'est l'imbibition gravidique des moyens de soutien de l'utérus qui relâche l'action de ceux-ci et permet secondairement la rétroversion. Quoiqu'il en soit cette complication est particulièrement fertile en incidents puisque le fond utérin comprime le rectum, tandis que le col basculé en avant vient appuyer sur l'urètre.

D'ailleurs indépendamment de toute rétroversion, un fibrome de la face antérieure de l'isthme peut fort bien provoquer des troubles urinaires. Mais dans ces cas ce n'est pas l'urètre qui est en cause, c'est la vessie elle-même qui se trouve refoulée par le développement de la tumeur.

Quant aux fibromes à développement latéral, ils affectent souvent une évolution sous-péritonéale qui les rend particulièrement menaçants pour l'uretère qu'ils viennent comprimer contre la paroi latérale du petit bassin.

Au surplus, des lésions anatomiques surajoutées viennent souvent accroître les causes de compression. Il

est assez rare que le fibrome lui-même adhère dans le fond du petit bassin. Le fait peut cependant s'observer, surtout dans les cas de nécrobiose, qui, nous le verrons, sont si fréquents au cours de la grossesse. Il en résulte alors des difficultés opératoires sérieuses. Plus souvent, les adhérences sont dues à l'existence d'une salpingite associée qui se fixe dans le Douglas au rectum d'une part et au fibrome d'autre part. Cette circonstance laisse après l'intervention de larges zones dépéritonisées au contact desquelles il sera souvent nécessaire de laisser des mèches.

L'allure clinique du syndrome de compression pelvienne est essentiellement variable suivant la topographie de l'utérus fibromateux gravide et la nature des organes comprimés.

Le symptôme le plus fréquemment observé est la constipation. C'est là, il est vrai un phénomène d'ordre banal chez la femme enceinte. Mais il s'agit ici d'une constipation opiniâtre et rebelle, bien différente de la simple paresse intestinale des grossesses normales. Il en résulte très précocement une altération grave de l'état général avec teint terreux, langue saburrale, haleine fétide, anorexie. Parfois même un véritable syndrome d'occlusion intestinale chronique se réalise, se manifestant par des crises douloureuses et des vomissements. Il va sans dire que dans ce dernier cas, l'indication opératoire est formelle et immédiate. Mais cette éventualité reste somme toute assez rare. Le plus souvent indé-

pendamment de tout accident aigu, le tableau de stercorémie se constitue et c'est l'altération progressive de l'état général, jointe à la constipation opiniâtre qui conduit à intervenir.

Les troubles de la miction sont fréquents dans les cas de fibromes associés à une grossesse. Le plus banal d'entre eux est la pollakiurie, qui traduit l'existence d'un noyau de la face antérieure de l'utérus refoulant la vessie. Ce symptôme est insuffisant à lui seul à motiver une intervention. Par contre dans les cas où il s'accroît avec rapidité et s'associe à d'autres signes de compression, sa valeur est plus grande et peut conduire à une thérapeutique chirurgicale. La rétention d'urine possède toujours une importance de premier plan. En effet, elle traduit habituellement une rétroversion de l'utérus fibromateux gravide et c'est le col utérin basculé en avant qui vient comprimer l'urètre. Il en résulte qu'on est conduit à répéter les sondages, puisque la cause anatomique de la rétention est permanente. L'infection est la conséquence rapide de ces cathétérismes quotidiens et c'est pour la prévenir qu'une intervention précoce s'impose.

Les douleurs de compression pelvienne sont à type de névralgie sciatique ou obturatrice avec irradiations dans les membres inférieurs. Elles sont le fait des fibromes postérieurs que le développement de la grossesse a enclavés dans le petit bassin refoulant la tumeur au contact du plexus sacré.

L'œdème des membres inférieurs traduisant une compression vasculaire doit être distingué des œdèmes

malléolaires légers qui s'observent au cours des grossesses normales. Seul un œdème important et permanent est symptomatique d'une compression pelvienne.

Ces quatre grands symptômes : constipation, troubles de la miction, douleurs et œdèmes attirent aisément l'attention et viennent signaler la compression du rectum, de la vessie, des plexus nerveux ou des vaisseaux. Il n'en n'est plus de même lorsque c'est l'uretère qui est comprimé. Ici, à l'opposé de ce que nous avons vu précédemment, la compression est essentiellement latente, évoluant à bas bruit, sans symptôme objectif qui l'extériorise, donc des plus difficile à dépister. Et pourtant, c'est là une complication importante à déceler précocement du fait des conséquences pronostiques et thérapeutiques qu'elle comporte. C'est pourquoi il doit être de règle au cours de tout fibrome associé à une grossesse de penser à la compression latente des uretères et de rechercher ses symptômes. Parfois une hydronéphrose discrète viendra témoigner des troubles de l'excrétion urétérale. La tumeur rénale lorsqu'elle existe est toujours petite et demande à être recherchée. Dans d'autres cas c'est une pyurie qui viendra témoigner des troubles de la motricité pyélo-urétérale. On sait combien ce symptôme est banal au cours de la grossesse et combien fréquente est la pyélonéphrite gravidique. Mais ici plus qu'en aucune autre circonstance les conditions favorables à l'infection des voies urinaires supérieures se trouvent réalisées. La compression du rectum et la constipation chronique qu'elle entraîne sont le point de départ d'un syndrome

entéro-rénal, sur des voies urinaires supérieures distendues et partant plus sensibles à l'infection.

Il s'en faut toutefois que la compression de l'uretère s'extériorise toujours par un symptôme clinique, même discret, nombreux sont les cas où seuls les signes humoraux d'atteinte rénale viennent témoigner de la compression. C'est pourquoi il doit être de règle de doser systématiquement l'urée sanguine et même de mesurer la constante d'Ambard ici plus encore que pour tout autre fibrome.

Le résultat de ces dosages est riche en déductions pratiques. D'une part il indique formellement l'intervention dans les cas d'altération du fonctionnement rénal, même lorsqu'il n'existe aucun autre symptôme de compression. Il permet également de porter un pronostic post-opératoire. On sait qu'il faut toujours craindre l'urémie dans les suites de l'intervention lorsque la valeur du fonctionnement rénal était déficiente antérieurement.

Telles sont les grandes lignes du syndrome de compression pelvienne au cours des fibromes gravidiques. Il est susceptible toutefois de revêtir tous les degrés depuis la constipation légère avec œdème discret des malléoles, jusqu'à l'occlusion intestinale et l'anurie. Il va sans dire que l'intervention doit être réservée aux syndromes présentant un caractère de gravité suffisant pour inspirer des craintes sérieuses. C'est pourquoi il faut se garder d'intervenir trop précocement. Les symptômes observés peuvent rétrocéder au début du 4^e mois lorsque l'utérus s'élève du bassin dans l'abdomen. A

l'opposé il serait déplorable de temporiser à l'extrême et d'attendre une altération grave de l'état général pour poser l'indication opératoire. Le pronostic post-opératoire se ressentirait de cette décision tardive.

Il est donc impossible de fixer une règle générale et de définir plus explicitement à partir de quel degré se trouve constitué un syndrome de compression pelvienne net posant par lui-même une indication opératoire.

En pratique, de multiples éléments doivent entrer en ligne de compte et les enseignements tirés de l'examen physique joueront un grand rôle dans la décision opératoire, surtout si des examens successifs et rapprochés ont permis d'apprécier une modification de la tumeur. Un fibrome nettement incarcéré dans le petit bassin qu'il est impossible de faire remonter dans l'abdomen doit être enlevé. Un fibrome volumineux et adhérent dans le Douglas, qu'on ne peut mobiliser sans douleur, est justifiable d'une intervention. Un utérus bourré de fibromes multiples n'est pas compatible non plus avec l'évolution normale d'une grossesse. De même, chaque fois qu'à deux examens rapprochés, on a pu constater un accroissement important de la tumeur on peut en tirer des déductions opératoires.

D'ailleurs certains signes fonctionnels posent par eux-mêmes une indication opératoire formelle, quels que soient les signes physiques constatés : une constipation opiniâtre avec signes de stercorémie, une rétention d'urine obligeant aux cathétérismes répétés, l'installation rapidement progressive d'un syndrome de compression dès les premiers mois de la grossesse, sont

des circonstances où il ne faut pas tarder à intervenir.

En résumé, c'est l'appréciation de la valeur des signes fonctionnels, jointe à un examen clinique soigneux qui permettront de reconnaître les syndromes de compression pelvienne posant une indication opératoire. Cette éventualité n'est pas exceptionnelle et nous pouvons en relater ci-dessous 3 observations inédites.

Obs. 1 (M. le P^r BRINDEAU).

Mme Clotilde L..., 36 ans, entre à la Clinique Tarnier le 5 juin 1926.

Ses dernières règles datent du 1^{er} mars, ce qui correspond à une grossesse de 3 mois environ. Mais le volume de l'utérus est aussi considérable que pour une grossesse de 8 mois. Il est d'ailleurs de forme asymétrique, beaucoup plus développé à gauche qu'à droite. Le volume de la tumeur, son accroissement rapide depuis le début de la grossesse, mal supporté par la malade : gêne respiratoire, troubles digestifs, font décider l'intervention.

Celle-ci est pratiquée le 10 juin 1926 (P^r Brindeau).

Anesthésie à l'éther.

Large incision dépassant l'ombilic en haut.

Extériorisation de la masse, on voit que l'utérus présente une forme irrégulière, la portion saine étant en bas et surmontée du fibrome qui est inséré sur le fond, plus à gauche qu'à droite d'où déformation de l'utérus ; le ligament rond du côté gauche étant situé bien au-dessous du fibrome.

Au premier aspect cela donne l'impression d'une

grossesse interstitielle greffée dans la corne gauche.

Etant donné la situation de la tumeur et sa large base d'insertion on juge que la myomectomie serait illogique et l'on décide de pratiquer l'hystérectomie, selon le procédé de Terrier.

Opération aisée.

Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires simples.

Sortie en bon état le 16^e jour.

Obs. 2 (M. le Pr agrégé VAUDESCAL).

Mme Eglantine Ch..., primipare de 33 ans, entré à la clinique Tarnier le 18 décembre 1923.

Ses dernières règles datent du 1^{er} octobre. Malgré la date récente de la grossesse, il existe un syndrome de compression pelvienne grave : douleurs vives irradiant vers les membres inférieurs, troubles de la miction : pollakiurie et dyspnée, constipation extrêmement marquée. A l'examen on trouve sur l'utérus deux fibromes : l'un qu'on perçoit au palper près du bord gauche de l'organe, l'autre qu'on sent au toucher en arrière du col, comblant l'excavation pelvienne.

L'intervention est pratiquée le 3 janvier 1924 (M. Vau-desca).l).

Dès l'ouverture de la paroi, on trouve un utérus gravide et bourré de fibromes. Sur la face antérieure de l'utérus et un peu à gauche, fibrome du volume du poing.

En arrière, série de fibromes et en particulier une masse ayant le volume d'une tête de fœtus et occupant

tout le Douglas. L'extériorisation présente de sérieuses difficultés. En présence de cette situation on décide l'hystérectomie.

Après la section des annexes droites, on extériorise facilement la tumeur et on termine l'hystérectomie par les procédés habituels.

Ligature des pédicules, péritonisation facile.

Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires. — Embolie massive au huitième jour :

2^e embolie le 10^e jour ;

3^e embolie et mort le 11^e jour.

Obs. 3 (M. le D^r Suzor).

Mme L..., 36 ans, III pare, présentait depuis 1919, date de son second accouchement, une constipation progressivement croissante. Un examen pratiqué en 1922 avait déjà révélé l'existence d'un utérus fibromateux. Toutefois les troubles fonctionnels restaient très modérés.

Les dernières règles datent du 6 octobre 1930. Depuis cette date, apparaissent des troubles rapidement croissants : pollakiurie, constipation opiniâtre, qui font décider l'intervention.

L'examen gynécologique révèle d'ailleurs l'existence de deux fibromes : l'un antérieur, l'autre postérieur et enclavé dans le petit bassin, ce qui fait prévoir une aggravation rapide du syndrome de compression pelvienne.

L'intervention est pratiquée le 7 novembre 1930
(Dr SUZOR).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur un utérus bourré de fibromes : il existe 3 petits noyaux sur le fond de l'utérus, un fibrome de la taille d'une grosse noix sur la face antérieure refoulant la vessie, et un gros fibrome du volume des deux poings développé au niveau de la face postérieure et enclavé dans le petit bassin.

La tumeur est extériorisée assez facilement.

L'hystérectomie totale est pratiquée sans difficulté particulière.

Péritonisation.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires simples et guérison sans incident.



**ACCIDENTS HÉMORRAGIQUES
OU INFECTIEUX
LIÉS A L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE
ET DICTANT L'INTERVENTION**

Il est assez fréquent que l'existence d'un fibrome entraîne l'interruption de la grossesse. Le mécanisme de cette interruption reste d'ailleurs variable; assez souvent c'est une insertion basse du placenta liée elle-même à une endométrite déciduale due au fibrome qui est l'origine de l'avortement.

Quoiqu'il en soit la plupart du temps c'est un avortement banal qui a lieu avec expulsion du fœtus et tout au plus rétention placentaire.

Dans d'autres cas, au contraire, il y a rétention du fœtus mort, l'avortement étant impossible du fait du siège du fibrome. Il en résulte alors des complications particulièrement sérieuses.

En clinique, deux éventualités principales sont à envisager suivant que c'est un syndrome hémorragique ou infectieux qui domine le tableau.

Hémorragie

L'hémorragie est un symptôme fréquent dans un fibrome compliqué de grossesse, banal d'ailleurs et sans conséquences pratiques, la plupart du temps, le repos au lit suffisant à le faire cesser. Il faut savoir néanmoins que la répétition des hémorragies peut entraîner un degré d'anémie sérieux et dans certains cas faire envisager une thérapeutique plus active. Habituellement, c'est lors de l'avortement que l'hémorragie prend une importance inquiétante accompagnée alors de douleurs à type expulsif. La répétition des douleurs s'accompagne de reprise de l'hémorragie qui devient de plus en plus abondante et pourtant l'avortement ne se produit pas. Le toucher vaginal révèle dans ces cas l'existence d'un fibrome prævia, le col d'ailleurs est dur et scléreux et l'on ne perçoit pas de dilatation. Donc l'avortement est impossible spontanément, la dilatation instrumentale par les bougies serait des plus aléatoires ; une césarienne vaginale serait dangereuse du fait de la consistance scléreuse du col. Par ailleurs, toute possibilité de grossesse ultérieure peut être écartée puisque les mêmes accidents sont appelés à se reproduire et c'est pourquoi dans toutes ces conditions on se trouve naturellement amené à envisager l'hystérectomie.

Il est encore une circonstance dans laquelle l'importance de l'hémorragie peut conduire à une intervention. Ce sont les hémorragies abondantes faisant suite à l'avortement, après que le fœtus a été expulsé ; il s'agit dans ces cas d'une rétention placentaire banale et c'est pour-

quoi il faut avoir recours ici au curage digital bien préférable au curettage instrumental, qui permet d'évacuer l'utérus et de faire cesser habituellement l'hémorragie.

On a beaucoup insisté sur la gravité de l'avortement dans les utérus fibromateux. Il nous paraît utile à ce point de vue de distinguer nettement deux cas : celui d'hémorragie abondante avec avortement impossible qui est justifiable à l'hystérectomie ; celui d'hémorragie *post-abortum* dû à la rétention placentaire dont le simple curage digital peut au contraire venir à bout habituellement.

Infection

L'infection de l'utérus fibromateux accompagné de grossesse peut se manifester dans plusieurs conditions. Rarement, il s'agit d'une suppuration localisée d'un noyau fibromateux : plus souvent on est en présence d'une infection ovulaire caractérisée liée à une rétention de fœtus mort.

La suppuration d'un noyau fibromateux s'observe dans des circonstances très particulière. L'infection se greffe secondairement sur un fibrome en nécrobiose ; on sait qu'il s'agit dans ces cas d'une nécrose aseptique et qu'il n'y a jamais d'infection microbienne pendant la grossesse. Mais Leroux a bien insisté sur ce fait que l'infection microbienne se greffait avec une facilité extrême dans le fibrome en nécrobiose aussitôt que l'utérus était vidé de son contenu. C'est une des raisons

pour lesquelles il faut toujours se méfier d'un avortement dans un utérus fibromateux lorsque le fibrome était douloureux à la pression avant l'avortement. Il importe dans ces cas de surveiller très attentivement la malade pour dépister les symptômes qui traduisent la suppuration secondaire du noyau fibromateux. Ce sont des signes généraux qui attirent l'attention d'ordinaire: la température s'élève rapidement à 39° et décrit de grandes oscillations; l'altération du facies est habituelle; par ailleurs la malade accuse des douleurs abdominales vives et l'examen physique permet de constater l'existence d'une contracture abdominale sous laquelle on peut, en amadouant la résistance musculaire, percevoir une douleur nettement localisée au niveau du noyau fibromateux.

Pour rare que soit cette suppuration d'un noyau fibromateux, elle n'en n'est pas moins importante à connaître, à cause de la thérapeutique précise qu'elle comporte. L'hystérectomie est formellement indiquée dans ces cas et constitue le seul moyen d'éviter la péritonite.

Beaucoup plus souvent l'infection se manifeste sous un autre mode et s'observe dans les cas de rétention de fœtus mort. Il s'agit d'une femme qui a présenté des hémorragies et des douleurs à type de coliques expulsives qui semblent prémonitoires d'un avortement imminent. Toutefois aucune expulsion ne s'est produite; par contre il est fréquent de noter des signes cliniques de mort du fœtus parmi lesquels la montée laiteuse constitue le plus important.

Lorsqu'on a le bonheur d'examiner la femme à cette période et de porter le diagnostic de fibrome avec rétention de fœtus mort avant le stade d'infection à proprement parler, il faut intervenir sans tarder car l'infection secondaire est fatale.

Bien souvent la femme vient consulter seulement à la phase d'infection : la température s'est élevée progressivement, de jour en jour, atteignant rapidement 40°. La malade présente des frissons, un facies profondément altéré ; il existe des pertes nauséabondes et sur la constatation de ce syndrome il faut intervenir d'urgence. L'hystérectomie permet de constater qu'il s'agit d'une véritable pyométrie. Si on avait tardé à intervenir, l'aboutissant normal serait la grande infection puerpérale avec sa température rapidement ascendante et le pronostic très sombre qu'elle comporte.

*
* *

Au total, l'hystérectomie est donc indiquée lorsque la présence du fibrome rend impossible l'avortement spontané et qu'il en résulte des phénomènes hémorragiques ou infectieux liés à la rétention du fœtus.

Obs. 4 (M. le Pr BRINDEAU).

Mme Marie D..., IV^e pare, de 30 ans, entre à la Clinique Tarnier le 20 novembre 1922.

Les dernières règles datent du 27 mai. Ce sont des métrorragies et des douleurs qui font admettre à l'hôpital cette malade chez laquelle on redoute un accouche-

ment prématuré. L'examen révèle l'existence d'une grossesse de 6 mois avec, sur la partie inférieure du corps de l'utérus, une masse fibromateuse de la taille d'un gros œuf, douloureuse à la pression, développée au dépens de la face antérieure de l'utérus. On constate en outre un début de travail avec un col effacé et dilaté comme 50 centimes.

Le repos au lit ne suffit pas à faire disparaître les symptômes alarmants. Les métrorragies persistent et deviennent fétides. Il existe des douleurs vives nettement localisées au niveau du fibrome.

En outre apparaît le 22 novembre, une phlébite de la jambe gauche.

Le 2 décembre l'intervention est décidée (P^r BRINDEAU).
Anesthésie à l'éther.

Incision verticale dépassant l'ombilic ; l'utérus se contracte très dur. A gauche de l'incision on aperçoit le fibrome qui est du volume d'une grosse tête fœtale. Le fibrome a entraîné l'utérus qui est tordu sur son axe vertical de façon à présenter son bord gauche. On l'extériorise facilement.

Section des ligaments ronds et des pédicules utéro-ovariens entre deux pinces.

Pinces sur le segment inférieur et sur les utérines. Boutonnière sur le segment inférieur ; on voit les membranes bomber, la poche des eaux est formée et on peut en insinuant les doigts entre les membranes et le segment inférieur enlever l'utérus très facilement sans rompre les membranes.

La pièce est enlevée en bloc. Un aide l'ouvre et retire un

petit fœtus qui fait quelques mouvements respiratoires.

Ligature des pédicules. L'utérine droite était tellement collée au segment inférieur que la pince de Jean-Louis Faure n'a pu saisir l'utérine, celle-ci a glissé.

Surjet sur le segment inférieur. Péritonisation.

Ni à droite, ni à gauche du bassin les veines n'étaient thrombosées.

Paroi en 3 plans.

Obs. 5 (M. le P^r BRINDEAU).

Mme B... Berthe, IV pare de 33 ans, entre à la Clinique Tarnier le 2 juin 1927.

La malade, qui se sait enceinte de six mois, ne sent plus remuer le fœtus depuis trois semaines. A l'examen on trouve un utérus extrêmement volumineux et asymétrique, plus développé du côté droit que du côté gauche, de consistance dure et de contours irréguliers et bosselés. On ne perçoit pas les bruits du cœur.

L'intervention est pratiquée le 9 juin (P^r BRINDEAU).

Anesthésie parfaite au balsoforme.

Incision sus-ombilicale. L'utérus est très volumineux. Corne droite plus développée que la gauche. Incision du fond de l'utérus pour retirer le fœtus. Pince d'attente sur la plaie utérine.

Ligature des ligaments ronds. Décollement du péritoine en avant.

Fermeture du col. Ligature des pédicules.

Péritonisation facile. Fermeture en 3 plans.

Examen de la pièce. — L'utérus très volumineux pèse 1000 grammes. A l'incision on s'aperçoit que toute la

face antérieure est infiltrée de petits noyaux gros comme des grains de blé enchassés dans un tissu fibreux extrêmement résistant. L'épaisseur varie entre 5 à 6 centimètres.

Toute la paroi antérieure est blindée et le blindage persiste jusqu'au niveau où a sectionné le col. Les cornes sont atteintes. La face postérieure également. Cependant en la pressant entre le pouce et l'index on voit qu'elle est également très dure.

Le fœtus mort se présente par l'épaule et pèse 940 grammes.

Sortie en bon état le 20^e jour.

Obs. 6 (M. le P^r BRINDEAU).

Mme R... Estelle, 42 ans, entre à la clinique Tarnier le 10 décembre 1928.

On porte le diagnostic de grossesse de 4 mois environ dans un utérus fibromateux avec rétention de fœtus mort.

Intervention le 20 décembre (P^r BRINDEAU).

. Anesthésie au mélange. Femme grasse.

Incision dépassant légèrement l'ombilic. Utérus ayant une grossesse de 4 mois ; mou, très mobile, se contractant sous les yeux. On y voit à ce moment saillir quelques fibromes.

La portion sus-vaginale du col est très longue, très épaisse et dure.

Hystérectomie. Ligature du pédicule utéro-ovarien. Section des ligaments ronds. Pince sur l'utérine droite. Section de l'infundibulo pelvien gauche.

Comme il est difficile d'aborder l'utérine gauche, on sectionne le col et on la lie après.

Péritonisation facile. L'appendice est long, volumineux, présente une coudure provoquée par une bride péritonéale à 1 centimètre au-dessous de son insertion au cœcum.

Suites opératoires simples.

INDICATIONS OPÉRATOIRES TIRÉES DE L'ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

Il n'est pas exceptionnel que l'état général soit assez sérieusement atteint au cours de l'évolution d'une grossesse chez une femme porteuse d'un fibrome.

Nous avons déjà vu que ce symptôme pouvait s'observer lors des syndromes de compression pelvienne du fait de la stercorémie progressive, qu'on pouvait le rencontrer également dans les anémies consécutives aux hémorragies répétées et qu'il pouvait être le fait aussi de l'infection. Mais nous aurons exclusivement en vue dans ce chapitre l'altération progressive de l'état général qu'on observe indépendamment de tout autre symptôme, même avec un fibrome peu volumineux, ne saignant pas, sans aucun signe d'infection. Ce syndrome curieux qui semble lié à des phénomènes de toxémie trouve sa cause profonde dans une nécrobiose du noyau fibromateux. La nécrobiose est d'ailleurs une modification anatomique très fréquente du fibrome pendant la grossesse. Elle est due à un processus d'ischémie et peut réaliser tous les types depuis la simple dégénérescence

œdémateuse jusqu'à la dégénérescence pseudo-kystique en aboutissant parfois même à un aspect anhiste de la tumeur dégénérée. Mais nombreux sont les cas de nécrose aseptique des fibromes qui ne s'accompagnent d'aucuns signes généraux et constituent une découverte post-opératoire, d'un intérêt surtout histologique.

Nous n'aurons en vue ici que les cas de nécrobiose s'accompagnant de phénomènes toxiques altérant profondément l'état général.

En clinique, l'éveil est donné par une légère élévation de la température vespérale qui s'accompagne d'amaigrissement progressif, de fatigue générale, d'anorexie et d'altération discrète du facies de la malade, qui prend un teint un peu terreux. Le symptôme qui attire l'attention de la femme est l'existence d'une douleur d'intensité variable, mais nettement localisée et permanente.

L'examen physique permet de constater l'existence d'un fibrome dont le volume modéré est insuffisant à expliquer de telles réactions. Mais, fait important, la tumeur a augmenté assez rapidement de volume depuis l'examen précédent, sa consistance est ramollie et de plus il existe une douleur nettement localisée à ce niveau et qu'on ne retrouve pas sur l'utérus lui-même. Tous ces symptômes permettent de conclure à l'existence de phénomènes de nécrobiose ; mais c'est ici l'altération de l'état général seulement qui interviendra pour décider l'intervention. Il importe d'ailleurs de ne pas perdre de temps lorsqu'on a constaté de tels signes car les phénomènes toxiques ont une marche assez rapide et

il s'établit un amaigrissement progressif avec altération précoce de l'état général lorsqu'on n'est pas intervenu. Ces phénomènes s'observent plus facilement encore sur certains terrains et il n'est pas douteux que chez les cardiaques, chez les débilités, dans tous les états de moindre résistance de l'organisme, la nécrobiose, modification du fibrome, banale la plupart du temps, est moins bien supportée que par un organisme sain. Chez les cardiaques en particulier, l'altération de l'état général peut être le résultat d'un processus mixte sous la dépendance à la fois de la défaillance du myocarde et de l'intoxication générale dues à la nécrobiose, c'est le cas de l'observation de la malade n° 7 que nous rapportons ci-dessous.

Obs. 7 (M. le Pr BRINDEAU).

Mme B... Lucie, primipare de 32 ans, entre à la Clinique Tarnier le 12 octobre 1928.

Ce sont des douleurs pelviennes accompagnées de contractions utérines qui amènent la malade à l'hôpital. Elle est enceinte de 4 mois $1/2$.

Depuis le mois d'août, date à laquelle la malade était enceinte de 2 mois $1/2$, des pertes de sang se répètent presque continuellement. L'anémie est marquée, la tension artérielle notablement abaissée. M. 9 $1/2$, m. 5 $1/2$. Il existe d'ailleurs des antécédents cardiaques (maladie mitrale) et l'orthodiagramme met en évidence une forte dilatation de l'oreillette droite. L'urée sanguine est de 0 gr. 125 par litre.

Localement l'examen révèle un utérus gravide cor-

respondant à la date des dernières règles avec un volumineux fibrome au niveau du fond.

L'intervention est pratiquée le 19 octobre (P^r BRINDEAU).

Anesthésie locale.

Femme extrêmement sensible et peureuse. Malgré cela, l'anesthésie a été très bonne sauf au moment où l'on a extériorisé l'utérus. On a été obligé de donner l'anesthésie générale.

Incision dépassant légèrement l'ombilic.

La main va chercher le fond du fibrome et l'extériorise.

L'extériorisation se fait en deux temps.

Premier temps : fibrome.

Deuxième temps : utérus.

le tout forme une tumeur en bissac.

Hystérectomie suivant le procédé de Terrier. Très grande facilité.

Rien de particulier à signaler.

Sortie le 3 novembre en bon état.

Obs. 8 (M. le P^r BRINDEAU).

Madame B... Louise, 35 ans, entre à la Clinique Tarnier le 10 septembre 1926.

Elle est enceinte de 6 mois environ et présente un très mauvais état général. L'examen révèle l'existence d'un utérus plus volumineux que ne le ferait prévoir l'âge de la grossesse et bosselé de fibromes multiples : le plus volumineux se trouve dans la fosse iliaque gauche ; un autre un peu moins gros est perçu au

dessus du pubis, douloureux à la pression et de consistance molle.

L'intervention est pratiquée le 20 septembre (P^r BRINDEAU).

Anesthésie à l'éther.

Longue incision dépassant l'ombilic. On arrive directement sur la masse qui est constituée par un utérus gravide tordu sur son axe, présentant son bord droit en avant.

L'utérus est fortement refoulé en haut par des fibromes. Le ligament rond de ce fait est tendu.

A l'exploration, on trouve une grosse masse fibromateuse du volume d'un melon, dans la fosse iliaque gauche et deux ou trois fibromes prœvias.

On commence par attaquer le bord droit plus facilement accessible et on décolle le fibrome de la fosse iliaque qui lui est sous-péritonéal, retenu par un pédicule assez long.

Myomectomie du fibrome placé derrière le pubis, celui-ci est un peu plus gros que l'autre et dans les manœuvres d'énucléation il se rompt. Fibrome pseudokystique nécrosé.

Il devient facile de mettre à nu le bord droit du col. Pince sur l'utérine, section du col.

Pince sur l'utérine gauche.

Dans les manœuvres de décortication, la vessie intimement adhérente à l'utérus est déchirée sur une longueur de deux bons travers de doigts. Suture de la vessie en 2 plans.

Péritonisation facile.

Mickulicz, sonde à demeure.

Fermeture en 3 plans (bourdonnet).

Examen de la pièce. — Le fibrome le plus volumineux est dégénéré, il donne l'impression d'une poche purulente avec débris nécrosés.

Le fibrome pédiculé est en état de nécrose aseptique, dur, couleur feuille morte.

28 septembre. — Urée sanguine 2 gr. 60. Pas de produits cétoniques dans les urines.

Insuline : 4 unités.

Mort le 2 octobre 1926.



Utérus gravide avec fibromes multiples (BRINDEAU).

F. Fibromes — P. Placenta.

Cliché extrait de la Pratique de l'Art des accouchements du Prof. Brindeau
(Cliché prêté obligeamment par Vigot Frères, Editeurs)

INTERVENTIONS PRATIQUÉES SANS QUE LA GROSSESSE AIT ÉTÉ RECONNUE

Cette éventualité est loin d'être exceptionnelle. Sur 132 cas relatés dans le tableau publié plus haut 12 rentrent dans cette catégorie. L'erreur est en effet possible dans deux circonstances principales. Tantôt on pense à un fibrome simple et on méconnaît la grossesse. Parfois on intervient avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. La plupart du temps on est amené à pratiquer l'intervention avec le diagnostic de fibrome sans que la grossesse ait pu être reconnue. C'est qu'en effet les hémorragies irrégulières propres aux fibromes sont susceptibles de masquer plus ou moins complètement l'arrêt de règles. C'est pourquoi il faut se méfier plus particulièrement des fibromes qui ont entraîné des hémorragies abondantes pendant une longue partie de leur évolution et se mettent brusquement à ne provoquer que des pertes insignifiantes. C'est le cas de l'observation n° 11 que nous relatons plus loin.

Par ailleurs il est souvent bien difficile lorsqu'il existe un utérus irrégulier et bosselé de nombreuses tumeurs

fibreuses irrégulières, de déceler le ramollissement du corps utérin masqué par cette fibromatose diffuse. Le col lui-même reste souvent petit, dur et scléreux et il est impossible dans ces conditions de reconnaître le ramollissement qui serait symptomatique de l'état de grossesse. C'est pourquoi en clinique il faut accorder une grande importance à l'existence d'une zone ramollie dans un utérus irrégulier, par ailleurs de consistance dure et scléreuse. Dans ces fibromes de consistance inégale il faut toujours se méfier d'une grossesse possible. Ce diagnostic reste souvent bien difficile à affirmer car certains myomes peuvent présenter, indépendamment de l'état de grossesse, une consistance moins ferme que celle que l'on observe habituellement. C'est pourquoi, dans nombre de cas, c'est seulement à l'ouverture de l'abdomen que le développement irrégulier de la tumeur abdominale et surtout l'inégalité de sa consistance, avec un pôle de la tumeur plus mou au palper que le reste de celle-ci, viendront donner l'éveil. Dans ces cas il faut explorer les annexes et rechercher l'existence à la surface de l'un des ovaires d'un corps jaune de la grossesse. La présence de celui-ci sera d'un secours précieux pour le diagnostic. Mais parfois même c'est à l'ouverture de la pièce seulement que l'on aura la surprise de découvrir un petit fœtus perdu dans une cavité utérine entourée de toute part de volumineux fibromes.

Dans un deuxième ordre de faits, il faut étudier les cas où l'on intervient avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Cette éventualité s'observe lorsqu'il existe

un fibrome antérieur en arrière duquel se développe l'utérus gravide. Dans ces cas le fibromé qui s'offre à la palpation au dessus de la symphyse est pris à l'examen pour le fond utérin lui-même et la masse postérieure est confondue aisément avec un hématocele du fait de sa consistance plus molle. C'est qu'il est souvent difficile en effet d'apprécier l'absence du sillon qui serait caractéristique d'une tumeur indépendante de l'utérus. En pratique il est assez rare que l'on ait à regretter les conséquences de telles erreurs de diagnostic. En effet, lorsque le muscle utérin est bosselé de toutes parts de gros noyaux fibromateux l'évolution d'une grossesse demeure habituellement impossible.

Tantôt l'interruption spontanée surviendrait avec les conséquences sérieuses qu'elle comporte. Plus souvent encore l'évolution d'une telle grossesse entraînerait rapidement des troubles de compression de nature à forcer la main. Et cela est si vrai que dans les cas de ce genre lorsqu'on est amené à réformer le diagnostic, à l'ouverture de l'abdomen on est presque toujours conduit à l'hystérectomie. En effet, vouloir laisser en place une tumeur aussi volumineuse avec le fallacieux espoir de la continuation possible d'une grossesse serait des plus dangereux. D'autre part tenter une myomectomie sur ces utérus polyfibromateux constituerait une entreprise vouée à l'insuccès. C'est pourquoi il n'y a rien habituellement à regretter lorsqu'on a été amené à intervenir en méconnaissant l'état de grossesse.

Des considérations que nous venons d'exposer, on pourrait être tenté de tirer des conclusions plus hardies.

Ne serait-on pas autorisé en effet lorsqu'on a reconnu l'association de fibromes multiples et volumineux à un début de grossesse, à intervenir précocement avant tout symptôme de compression ? Cette ligne de conduite si on l'adoptait aurait en effet l'avantage de permettre l'intervention dans des conditions techniques plus aisées. Nous ne croyons pas devoir souscrire à une telle opinion, il faut se méfier en pareille matière de directives trop interventionnistes. Il est fréquent en effet d'enregistrer des surprises heureuses, au cours de l'évolution d'un fibrome compliqué de grossesse. Dans combien de cas l'existence d'un fibrome volumineux qui semblait au premier abord incompatible avec l'évolution normale de la grossesse, ne se révèle-t-elle pas au cours de son évolution sans inconvénients pratiques ? L'ascension de la tumeur au dessus du détroit supérieur supprime toute dystocie au moment du travail ; c'est pourquoi il faut se conformer strictement à cette règle de prudence qui veut que l'intervention soit réservée aux seuls cas où l'évolution de la grossesse met en danger la vie de la femme.

Obs. 9 (M. le Pr BRINDEAU).

Mme D... Madeleine, 31 ans, entre à la clinique Tarnier le 2 février 1923.

Les dernières règles datent du 23 novembre 1922 et la malade accuse une sensation de pesanteur pelvienne continuelle.

A l'examen, on perçoit au-dessus du pubis une tumeur régulière qui paraît être le fond utérin. Le tou-

cher vaginal révèle l'existence d'une masse de consistance demi-molle située en arrière de la première et la refoulant en avant. On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine.

L'intervention est pratiquée le 8 février (P^r BRINDEAU).

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On aperçoit immédiatement un gros fibrome qui repousse en avant la paroi abdominale et qui refoule en haut un utérus gravidé extrêmement mince.

La poche gravidé n'est développée qu'au dépens du fond ce qui explique sa minceur, on se décide à faire une hystérectomie. Section des ligaments ronds et infundibulopelviens; ce qui permet d'extérioriser la tumeur mais la masse est très difficile à sortir parce que le fibrome s'étant développé dans le cul-de-sac vésico utérin a repoussé l'utérus en arrière et en haut. La vessie recouvre complètement la tumeur, on décolle le péritoine antérieur et on est obligé de dissocier la vessie à l'aide de ciseaux courbes. On essaye de placer des ligatures sur les utérines, cette manœuvre est difficile à cause de la rétroflexion de ces pédicules, on arrive cependant à la faire.

Section du col. Péritonisation.

Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires simples.

Obs. 10 (M. le D^r SAUVÉ).

Mlle Ch..., 35 ans, m'est envoyée en septembre 1930 par le D^r Guérin pour douleurs abdominales faisant

penser à une appendicite chronique. Il existe tous les signes d'un début de grossesse. Retard de règles de un mois environ au toucher vaginal on constate l'existence d'une masse régulière présentant tous les caractères d'une tumeur annexielle droite. Je porte le diagnostic de grossesse extra-utérine et j'interviens en septembre 1930.

A la laparotomie, je constate l'existence d'un fibrome de la région isthmique du volume du poing complètement *prævia*. Il existe en outre des fibromes multiples de petit volume sur le corps utérin qui malgré tout n'est pas très augmenté de volume dans son ensemble. Du côté gauche existe une salpingite adhérente.

Etant donné le siège et l'étendue des lésions, je décide de pratiquer une hystérectomie totale. Appendicectomie. Paroi en 3 plans. Guérison sans incident.

A l'ouverture de la pièce, on trouve un œuf de 6 semaines environ, ce qui correspond à la durée du retard de règles.

Obs. 11 (M. le Dr SAUVÉ).

Mme X..., 42 ans, veuve depuis 5 ans, m'est envoyée à l'hôpital Laënnec avec tous les signes d'un volumineux utérus polyfibromateux, présentant cette particularité que depuis 3 mois 1/2 les pertes sanguines abondantes jusque là sont devenues insignifiantes.

Je décide d'intervenir.

A l'ouverture du ventre, je trouve un utérus gravide de 3 mois environ présentant quelques noyaux fibromateux à sa surface et en arrière de lui, un énorme



FIG. 1



FIG. 2

Hystérectomie pour fibrome et grossesse
(Cas personnel, Obs. n° XII)

fibrome enclavé dans le petit bassin, de la taille de la tête d'un fœtus à terme.

Je décide de pratiquer l'hystérectomie subtotale.

Paroi en 3 plans.

Guérison sans incident.

A l'ouverture de l'utérus, on trouve un fœtus de 3 mois environ.

Obs. 12 (*Personnelle*).

Mme L... Denise, âgée de 38 ans, entre à la Maison Dubois le 18 décembre 1929.

La malade a été réglée régulièrement jusqu'au 6 octobre. Depuis novembre elle présente des pertes sanguines irrégulières parfois mêlées de caillots et elle souffre de douleurs abdominales assez vives survenant par crises. En même temps, elle s'inquiète d'une augmentation de volume du ventre.

A la palpation de l'abdomen on trouve une tumeur irrégulière aisément perceptible, avec deux masses : L'une arrondie et dure dans la fosse iliaque gauche, l'autre lisse et de consistance plus molle, remontant dans la fosse iliaque droite et faisant corps avec la première dont elle suit les mouvements.

Au toucher vaginal, on trouve le col utérin un peu en arrière de l'axe du vagin, suivant les mouvements imprimés aux deux masses abdominales. En outre cet examen fait percevoir un troisième noyau pelvien, de la taille d'une grosse noix, en arrière et à gauche du col.

L'état général est bon : Poumons et cœur normaux,

Tension artérielle normale M. 11 1/2. m. 8 (au Vaquez). La malade a eu un accouchement normal en 1908. Pas de fausse-couche.

L'intervention est pratiquée le 27 décembre (Bompart). Le diagnostic clinique est celui de fibromes utérins multiples.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen, une tumeur utérine volumineuse et irrégulière se présente, avec deux pôles semblant être tous les deux des fibromes : L'un dans la fosse iliaque droite, l'autre dans la fosse iliaque gauche.

Les annexes sont aisément libérées, le côté gauche doit être séparé aux ciseaux du côlon pelvien auquel il adhère légèrement. Pincement et section des ligaments utéro-ovariens et des ligaments ronds. Section du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin et refoulement de la vessie. En tirant sur l'utérus on extériorise un troisième noyau situé en arrière et à gauche du col. L'utérine gauche est pincée et sectionnée au-dessous de lui. Du côté droit, la pince est placée sans difficulté. Hystérectomie subtotale. Fermeture du col. Péritonisation. Paroi en 3 plans.

C'est à l'ouverture de la pièce qu'on constate que le pôle droit de la tumeur est constitué par un utérus gravide contenant un petit fœtus de deux mois environ. Le pôle gauche est un fibrome énorme. Le pôle inférieur, un fibrome *prævia* plus petit.

Suites opératoires simples.

INDICATIONS OPÉRATOIRES AUTRES QUE CELLES ENVISAGÉES JUSQU'ICI

A côté des indications opératoires que nous avons déjà étudiées et qui demeurent indiscutablement les plus fréquentes, d'autres peuvent être encore envisagées dont l'éventualité reste plus rare. C'est ainsi que la torsion en masse d'un utérus fibromateux peut amener à une intervention. Notre Maître M. le Professeur Brindeau a apporté un cas de ce genre (observation n° 110 du tableau IV).

Toutefois les cas de ce genre restent exceptionnels. Piquant et Lemeland dans l'important travail qu'ils ont consacré à la torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse relatent seulement 5 cas ayant conduit à l'hystérectomie. Le diagnostic dans ces cas est toujours difficile d'ailleurs. Le plus souvent la torsion affecte une allure aiguë : l'intensité de la douleur, la présence de vomissements, l'existence d'une contracture abdominale très nette peuvent en imposer pour une appendicite. Toutefois l'intensité de l'état de *shock*, l'existence d'un utérus gravide déformé par des fibromes sont de nature à mettre sur la voie du diagnostic.

Dans d'autres cas la torsion revêt une allure chronique parfois entrecoupée de crises aiguës récidivantes : il est alors facile de reconnaître le fibrome compliquant la grossesse, mais il est bien délicat de soupçonner sa torsion.

D'ailleurs que la torsion soit aiguë ou chronique, l'intervention indiquée n'est pas fatalement l'hystérectomie. Si l'utérus présente peu d'altérations, si la tumeur est facile à enlever, on tentera la myomectomie et la réduction de la torsion Piquant et Lemeland rapportent 5 cas de ce genre.

L'hystérectomie n'est indiquée que lorsque l'état de l'utérus inspire quelque inquiétude.

Dans trois des 13 cas publiés la torsion avait entraîné un avortement et l'hystérectomie était dictée par le syndrome hémorragique autant que par le syndrome de torsion lui-même.

En dehors de la torsion en masse de l'utérus gravide, d'autres indications rares de l'hystérectomie peuvent exister. C'est ainsi que la dégénérescence maligne d'un fibrome au cours de l'évolution d'une grossesse peut s'observer. Il est classique en effet d'admettre la possibilité de dégénérescence sarcomateuse ou l'apparition d'un léiomyome malin dans ces conditions, mais il s'agit là de considérations plus livresques que pratiques et nous n'avons relevé aucune observation de ce genre au cours de la grossesse. Il reste entendu néanmoins que si le cas se rencontrait, il constituerait indiscutablement une indication formelle à l'hystérectomie. De même, il peut exister des cas où l'on serait conduit à

envisager l'interruption de la grossesse du fait d'une cause autre que le fibrome : vomissements incoercibles, pyélonéphrite gravidique ou toute autre. Lorsque l'utérus est fibromateux dans un tel cas, l'hystérectomie doit être indiscutablement préférée à l'avortement thérapeutique.

D'autres indications encore peuvent exister qu'il est impossible de faire entrer dans le cadre étroit d'un schéma. C'est le cas de l'observation suivante que M. le Pr Agrégé Metzger a bien voulu nous communiquer.

Obs. 13 (M. le Pr agrégé METZGER).

Mme T..., âgée de 34 ans, entre à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau le 11 novembre 1930. Ses dernières règles datant du 14 juillet. Elle a présenté depuis une métrorragie peu abondante le 20 octobre, et elle avait déjà remarqué d'elle-même la présence d'une tumeur abdominale, qu'elle percevait du côté gauche. Le jour de son arrivée à l'hôpital, elle présente depuis le matin des douleurs semblables à un début de travail. Au toucher vaginal le col est très élevé, petit, dur et fermé. Le palper combiné révèle l'existence d'une tumeur régulière, mobile avec le col, remontant jusqu'à l'ombilic et paraissant être l'utérus. En outre la palpation de l'abdomen fait percevoir une seconde tumeur, très haut située, presque sous le foie, moins dure que la précédente, très mobile et semblant indépendante de l'utérus.

On porte le diagnostic de grossesse compliquée de tumeur abdominale, dont il est difficile de préciser la nature : kyste de l'ovaire ou fibrome.

L'intervention est pratiquée le 18 novembre (Pr Metzger).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture, il s'écoule un peu de liquide séreux. On voit une tumeur qui a absolument l'aspect d'un utérus gravide, mais qui dure superficiellement, est molle dans la profondeur. Mettant la main dans l'abdomen, on trouve au niveau de la région sous-hépatique une poche molle fluctuante faisant corps avec la première tumeur, qui semble être une corne distendue.

On agrandit l'incision abdominale pour arriver à extérioriser toute la tumeur et à se rendre compte des lésions.

A première vue, une fois la tumeur extériorisée, on pense avoir affaire à un utérus double avec une corne rudimentaire gravide. En y regardant de plus près, on constate que les 2 trompes et les ovaires viennent s'attacher aux 2 angles de la tumeur, qui est donc un utérus gravide, et que la tumeur inférieure doit être un fibrome interstitiel de l'isthme inclus dans le ligament large. Le ligament rond du côté gauche est extrêmement volumineux, gros comme le pouce et a une largeur démesurée.

On incise la coque de la tumeur pour vérifier qu'il s'agit bien d'un fibrome. Il est encapsulé, mais il semble téméraire, étant donné son volume et sa situation de faire une myomectomie. On décide de faire une hystérectomie subtotala avec castration bilatérale. Opération régulière et facile. Le col allongé et aminci est sectionné facilement.

Péritonisation facile. Il y a beaucoup de péritoine, surtout à gauche, où il reste comme une poche qui se comble aisément par le surjet.

On trouve facilement l'appendice, qui est long, mais ne semble pas malade. Appendicectomie.

Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires simples.

A l'examen de la pièce, on constate que l'utérus gravide est refoulé vers le haut par la tumeur. Le fibrome, volumineux, est développé aux dépens de l'isthme. On note que la vascularisation de la partie gravide est beaucoup plus marquée que celle du fibrome.

CHOIX DE L'INTERVENTION UNE FOIS L'INDICATION OPÉRATOIRE POSÉE

Nous avons déjà vu qu'indication opératoire dans les fibromes compliqués de grossesse n'était pas synonyme d'hystérectomie, au contraire.

En effet, cette intervention constitue un traitement radical qui supprime avec la grossesse en cours, toute possibilité de grossesse ultérieure, et doit donc rester exceptionnelle.

Reste à savoir quelles sont les autres interventions qui pourraient être pratiquées dans de telles conditions. Deux peuvent être envisagées, l'avortement thérapeutique et la myomectomie.

L'avortement provoqué dans les fibromes compliqués de grossesse constitue une thérapeutique d'un autre âge.

Dès 1900, Turner condamnait formellement dans sa thèse ce mode de traitement. En effet, il présente de gros dangers d'hémorragie du fait de la lenteur et de la difficulté de la dilatation sur ce col scléreux envahi par l'infiltration fibromateuse. Par ailleurs la présence des fibromes gêne souvent la sortie du fœtus et on retrouve

ici tous les dangers de l'avortement spontané dans un utérus fibromateux : hémorragies abondantes, risques d'infection et en outre il ne peut s'agir là que d'une thérapeutique passagère car les accidents récidiveraient lors d'une prochaine grossesse.

La myomectomie au contraire doit être considérée comme l'intervention de choix dans les grossesses compliquées de fibromes. En effet elle est rendue facile par l'imbibition gravidique de l'utérus. Elle n'est pas très grave d'ailleurs et sa mortalité ne dépasse pas 4-2 à 4-3 %. Ces résultats sont excellents puisque la grossesse continue dans 76 à 90 % des cas suivant les statistiques et qu'elle permet même la possibilité de grossesses ultérieures. Donc cette thérapeutique est indiscutablement la meilleure et doit être préférée sans conteste à l'hystérectomie, chaque fois que la chose est possible. C'est pourquoi il ne faut pas vouloir opposer d'un point de vue purement doctrinal l'hystérectomie à la myomectomie en mettant en parallèle ces deux modes de traitement. En fait, chacune de ces deux méthodes possède des indications bien précises et l'on peut dire que les indications de l'hystérectomie naissent uniquement de l'impossibilité de la myomectomie.

En pratique le problème doit être envisagé de façon un peu différente suivant les cas.

Il arrive que l'on soit amené à décider d'emblée l'hystérectomie en écartant toute possibilité de myomectomie. C'est en particulier le cas des infections consécutives à la rétention du fœtus mort. Une intervention conservatrice dans ces conditions serait dangereuse et sa prati-

que doit être rejetée. De même lorsqu'une hémorragie abondante accompagne un avortement en cours, que la présence des fibromes rend impossible, il faut se résoudre à l'hystérectomie, seul moyen de supprimer rapidement la cause de l'hémorragie. C'est encore à l'intervention radicale qu'il faut s'adresser dans les cas fort rares d'ailleurs où un noyau fibromateux se met à suppurier après avortement.

Mais la plupart du temps on décide simplement d'intervenir et c'est seulement à l'ouverture de l'abdomen que l'on est amené à choisir entre deux lignes de conduite : l'une radicale l'hystérectomie, l'autre conservatrice la myomectomie. Seul l'examen des lésions permet de choisir. La myomectomie doit être préférée dans la majorité des cas, mais il arrive qu'elle soit impossible à exécuter. Ceci s'observe en particulier lorsque le myome est profondément situé et d'un abord opératoire difficile. Les myomes enclavés du Douglas, les myomes développés dans l'épaisseur du ligament large sont habituellement impossibles à énucléer sans danger pour les organes voisins. De même lorsqu'il existe de nombreux noyaux fibromateux, volumineux, l'énucléation successive de ceux-ci serait téméraire et ne laisserait après elle qu'un corps utérin farci de cicatrices et dépourvu de la solidité indispensable. Toutefois, il faut se garder d'aller trop loin dans cette voie et lorsqu'il existe un gros fibrome associé à de nombreux petits nodules fibromateux, ces derniers doivent être pratiquement négligés et on se contente alors d'énucléer le seul important.

Dans un troisième ordre de faits, lorsqu'on se trouve en présence d'un fibrome du fond ou de la face antérieure de l'utérus aisément accessible, on peut être amené à tenter une myomectomie, qui à l'exécution se révèle impossible. En effet l'énucléation laisse après elle des surfaces cruentées dont l'hémostase peut rester difficile malgré un capitonnage soigné et des ligatures minutieuses. De même au cours de la dissection du noyau, l'œuf peut être ouvert, ce qui conduit à changer la nature de l'intervention. Dans ces deux cas, on se trouve amené secondairement à pratiquer une hystérectomie alors qu'on avait tenté primitivement une thérapeutique plus conservatrice.

Une dernière intervention nous reste à discuter, que l'on pourrait vouloir opposer à l'hystérectomie abdominale, c'est l'hystérectomie vaginale ; ce mode de traitement est presque complètement abandonné à l'heure actuelle dans les fibromes compliqués de grossesse. En effet, elle est possible *a priori* d'une objection considérable, c'est qu'elle ne permet pas d'essayer la myomectomie conservatrice après examen des lésions, comme on est amené à le faire si souvent lorsqu'on intervient par la voie abdominale.

Ici au contraire, l'intervention radicale est choisie d'emblée alors qu'on a écarté délibérément toute possibilité de thérapeutique plus conservatrice. En outre, l'exécution du temps opératoire serait ici difficile car nous avons vu que l'indication majeure des hystérectomies pour fibromes au cours de la grossesse était constituée par les tumeurs du petit bassin à l'origine du

syndrome grave de compression. C'est donc seulement dans les quelques cas où l'indication opératoire est tirée d'une hémorragie abondante liée à un avortement en cours, que l'hystérectomie vaginale pourrait se discuter.

Au total l'hystérectomie pour fibromes au cours de la grossesse possède donc des indications logiques et formelles. Aucune autre intervention ne peut lui être opposée dans les cas, rares d'ailleurs, où elle est indiquée.

VALEUR ET ÉTUDE CRITIQUE DE L'INTERVENTION

L'hystérectomie abdominale pour fibromes au cours de la grossesse présente 2 inconvénients considérables. Le premier est l'interruption de la grossesse en cours. Le deuxième la suppression de toute possibilité de grossesse ultérieure. C'est pourquoi une intervention aussi radicale ne sera pratiquée que dans les cas où la vie de la femme est menacée par l'évolution de la grossesse. C'est encore pour cette raison qu'une fois l'intervention décidée on essaiera autant que possible de réaliser une myomectomie quitte à se résoudre à l'hystérectomie lorsque la première se révèle à l'exécution impossible. Quant aux dangers de l'intervention par elle-même ils restent assez minimes. Sur 143 cas au total que nous rapportons dans ce travail, 5 cas de mort ont été la conséquence de l'intervention ce qui correspond à une mortalité de 3,4 %.

On peut dire que depuis l'ère des interventions aseptiques, celle-ci est venue d'une bénignité absolue et la mortalité n'est pas différente de celle de l'hystérectomie pour fibromes en dehors de la grossesse. Par

ailleurs, les complications post-opératoires restent assez rares et en particulier les embolies et les phlébites ne sont pas plus fréquentes que dans les interventions pour fibromes non compliqués.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE DE L'INTERVENTION

Le principe de l'hystérectomie pour fibrome au cours de la grossesse soulève deux questions médico-légales connexes, qu'il est impossible de ne pas étudier ici : la légitimité de l'intervention en elle-même mérite d'abord d'être discutée au point de vue juridique. En outre, il est important de préciser la valeur des consentements respectifs de la femme et de son mari à l'opération.

Nous tenons à remercier notre Collègue et ami le Dr Henri Desoille, préparateur du cours de médecine légale à la Faculté, qui a bien voulu nous faire bénéficier de sa précieuse expérience dans ces délicates questions, en nous inspirant ce chapitre.

Légitimité juridique de l'intervention en elle-même

L'hystérectomie pour fibrome au cours de la grossesse entre juridiquement dans le cadre de l'avortement, crime prévu et puni par l'article 317 du Code Pénal. Celui-ci ne définit pas explicitement d'ailleurs ce

qu'on doit entendre par avortement. Mais la définition de Garraud est à peu près unanimement adoptée par les juristes et les médecins légistes. Selon cette définition, l'avortement est « l'expulsion prématurée, volontairement provoquée, du produit de la conception ».

Nous avons affaire ici évidemment à une forme d'*avortement thérapeutique*. La légitimité juridique de ce dernier a été étudiée par Balthazard.

Cet auteur, après avoir rappelé les différents arguments qui ont été donnés : défaut d'intention criminelle de la part du médecin, état de légitime défense de la mère, état de nécessité, estime que le véritable fondement juridique de l'avortement thérapeutique réside non pas dans l'état de légitime défense de la mère mais dans *l'état de nécessité*. « La nature oppose l'une à l'autre deux existences : dans le conflit extrême on peut sacrifier l'une ou l'autre, sans crime. Mais on sait que les conditions de la nécessité sont plus rigoureuses que celles de la légitime défense et la mort de l'enfant n'est autorisée que si la vie de la mère court un extrême danger » (Garçon).

« Tant qu'un espoir subsiste de sauver la mère et l'enfant, écrit Balthazard, le médecin ne saurait s'arroger le droit de sacrifier l'une des existences au profit de l'autre. C'est ainsi que de deux naufragés accrochés à une chétive épave, on ne saurait excuser celui qui, pour sauver sa vie aurait précipité son compagnon à la mer : le devoir en pareil cas est de chercher jusqu'au dernier moment à se sauver ensemble ou bien à mourir ensemble,

« Dans les cas où la mort de la femme est certaine et qu'elle doit entraîner à coup sûr la mort de l'enfant, il ne saurait y avoir de discussion, puisqu'en provoquant d'une façon anticipée un événement fatal, la mort de l'enfant, on peut espérer sauver la mère ». Il faut donc pour que l'avortement thérapeutique soit justifié, se trouver en présence des conditions suivantes :

- 1° La mère court un danger extrême ;
- 2° Le danger est sous la dépendance certaine de la grossesse ;
- 3° Le danger cessera après l'interruption de la grossesse.

Précautions à prendre. — Quoique la loi ne l'impose pas, il est bon avant de pratiquer un avortement thérapeutique de provoquer une consultation avec un confrère, puis de rédiger la consultation en plusieurs exemplaires de façon à ce que chaque consultant en conserve un, et que l'on en puisse également remettre un à la femme ou à sa famille. Cette précaution est prudente, nous verrons pourquoi. Mais Balthazard est très catégorique pour s'opposer à la communication de la consultation soit au Commissaire de police, soit au Procureur de la République. En effet, il s'agit là d'une violation du secret professionnel d'une part, et d'autre part ces magistrats ne sont qualifiés ni pour accepter cette déclaration, ni pour accorder aucune autorisation.

Il n'est pas sans intérêt d'ailleurs de rappeler les arguments juridiques qui légitiment d'une manière générale les interventions chirurgicales et plus particu-

lièrement les hystérectomies. Cette notion n'est pas aussi évidente qu'on pourrait le croire *a priori*, et une lecture un peu rapide des textes pourrait laisser croire que les articles 309 et 316 du Code pénal sont de nature à limiter la liberté d'action du chirurgien.

A propos de l'article 309 (coups et blessures volontaires) nous ne reprendrons pas les détails d'une discussion classique à l'Ecole de Droit, qui permet de soustraire à la rigueur des textes juridiques l'acte chirurgical en général. Rappelons que le Code pénal dit :

Article 327. — Il n'y a ni crime ni délit lorsque l'homicide, les blessures et les coups étaient ordonnés par la loi et commandés par l'autorité légitime.

Or la loi du 30 novembre 1892 autorise à exercer la médecine (sous-entendu à pratiquer toute opération utile), les personnes munies d'un diplôme de docteur en médecine.

Un chirurgien ne peut donc tomber sous le coup de l'article 309 pour avoir pratiqué une opération puisqu'il est muni d'un diplôme légal autorisant à pratiquer cette opération dans un but curatif.

L'article 316 (castration) prête à une discussion similaire.

L'ovariectomie et l'hystérectomie sont-elles des castrations au sens de l'article 316 du Code pénal ?

En fait le législateur n'a pas défini la castration, mais d'après le commentaire de Garçon, doit être considéré comme castration « l'amputation d'un organe quelconque nécessaire à la génération ». En sorte que légalement d'après cet auteur « l'article 316 est aussi appli-

cable à la mutilation des organes génitaux de la femme ».

Quoiqu'il en soit nous retrouvons ici, pour légitimer cet acte chirurgical, d'ailleurs courant, les mêmes arguments que tout à l'heure : le législateur, en conférant au chirurgien des diplômes et en lui permettant l'exercice de la médecine, l'autorise à faire tous les actes qui ont un but *curatif* lorsqu'il est appelé par le malade.

Valeur des consentements respectifs de la femme et de son mari

Nous abordons ici le point le plus délicat, c'est d'ailleurs ce problème surtout qui se posera en pratique.

Le consentement est indispensable, et dès qu'une personne est en état de le donner, le chirurgien ne peut passer outre et omettre de le solliciter avant d'opérer.

La preuve du consentement étant à la charge du médecin, nous croyons bon de demander à la femme de signer les exemplaires de la consultation dont nous parlions.

Quelle est la personne qualifiée pour donner le consentement ?

1° *La femme est consciente et possède son libre arbitre.*

Si elle n'est pas mariée, c'est elle seule évidemment qui peut donner le consentement nécessaire à l'opération.

Si elle est mariée la question devient délicate. Elle a été longuement étudiée par Donnedieu de Vabres, Duvoir et Henri Desoille.

Ces auteurs admettent que la responsabilité médicale est en principe une responsabilité contractuelle mais

qu'étant donné l'objet particulier de ce contrat qui intéresse la vie et la santé de l'individu, ce contrat doit être soustrait aux règles strictes du Code civil pour être soumis à celle *du droit naturel*. Cette remarque explique, en droit, qu'en ce qui touche la capacité de consentir à une opération, les règles strictes du droit civil soient écartées aussi bien en ce qui concerne les mineurs que la femme mariée. La femme en effet n'abdique pas par le mariage ses droits sur sa personne, et l'article 213 du Code civil n'impose à la femme mariée le devoir d'obéissance à son mari qu'en ce qui concerne les intérêts de la collectivité.

Aussi Donnedieu de Varbres, Duvoir et Henri Desoille concluent-ils que *la femme doit être consentante et que le mari ne peut imposer sa volonté*.

Signalons que Hay, dans sa thèse, demande, sauf en cas d'urgence, que la femme s'adresse au tribunal pour obtenir l'autorisation nécessaire.

2° *La femme ne possède pas son libre arbitre*. Si la femme est aliénée ou si du fait de la grossesse, de l'émotion ou de quelque autre cause elle ne paraît pas posséder son libre arbitre et que son refus de se laisser opérer ne soit pas donné avec la liberté d'esprit nécessaire, il y a lieu (sauf urgence absolue) de procéder à une consultation pour bien préciser les motifs qui permettent de passer outre à la volonté de la femme.

Si le mari est consentant ou s'il est impossible de le prévenir, ou si la femme n'a pas de famille, le droit d'opérer ne peut être discuté.

Si le mari refuse toute intervention, le chirurgien

reste le seul maître de décider, et théoriquement il a le droit d'opérer, comme le remarquent Mauche ainsi que Donnedieu de Vabres, Duvoir et Henri Desoille. En effet le chirurgien prend en main les intérêts de sa malade contre ses proches.

Mais pratiquement la responsabilité est lourde, le procès certain en cas d'insuccès et « il faut un beau courage au chirurgien pour intervenir s'il estime que tel est son devoir ». A tout le moins fera-t-il bien de prendre l'avis de ses confrères.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Elle diffère peu de la technique générale de l'hystérectomie pour fibromes. Un certain nombre de points de détail restent néanmoins intéressants à préciser.

La première question à discuter est celle des avantages réciproques des hystérectomies totale et sub-totale.

L'hystérectomie totale est facilitée ici dans une certaine mesure du fait du ramollissement de tous les tissus qui permet l'ascension facile de l'organe et rend aisée la pose des ligatures inférieures. Un inconvénient fait la contre-partie de cet avantage ; c'est la difficulté qu'il y a souvent à sentir à la palpation les limites respectives du vagin et du col du fait du ramollissement de ce dernier et des limites imprécises qui les séparent. L'hystérectomie totale met à l'abri de tout danger de néoplasme cervical ultérieur et libère en outre des inconvénients des métrites résiduelles, du col qui s'observent parfois dans les sub totales.

Cependant cette intervention risque de favoriser la production d'un petit hématome du fait de la difficulté fréquente de l'hémostase de la tranche vaginale ;

c'est pourquoi il est d'une pratique prudente lorsqu'on l'emploie de laisser un petit drain après l'intervention.

L'hystérectomie sub-totale a pour elle son exécution plus aisée et plus rapide qui n'expose pas à la formation d'un hématome comme la totale, mais elle laisse en place un moignon cervical sur lequel peut toujours se greffer ultérieurement un néoplasme et dont la persistance peut être à l'origine de certaines métrites résiduelles d'une thérapeutique ennuyeuse.

Dans l'ensemble, les arguments qui permettent d'opposer la totale à la sub-totale sont à peu près les mêmes ici qu'en dehors de l'état de grossesse et la plupart des opérateurs obéissent à des considérations de principes. Toutefois, il subsiste certains cas d'espèce dans lesquels l'indication est plus manifeste. Il va sans dire que lorsque le col lui-même est envahi par l'infiltration fibromateuse ou qu'il est le siège d'une métrite particulièrement intense, il faut préférer la totale. Par ailleurs les cas difficiles de tumeurs volumineuses enclavées, adhérentes dans le petit bassin, sont plus aisées à traiter par une hystérectomie subtotale dont l'exécution est indiscutablement moins laborieuse. En ce qui nous concerne, nous donnons la préférence d'une manière générale à l'hystérectomie sub-totale.

Marche de l'intervention

L'intervention se déroule à peu de chose près comme toutes les autres hystérectomies abdominales pour fibromes. La laparotomie médiane sous ombilicale est suivie

de la mise en place d'une valve de Doyen, des champs intestinaux garnissent immédiatement la cavité abdominale et isolent le bassin des anses grêles. L'exploration de la cavité pelvienne permet alors de constater le plus souvent la présence d'un fibrome postérieur enclavé. Il faut chercher à insinuer la main jusqu'au fond du Douglas pour en énucléer la tumeur. Il est souvent utile de s'aider d'un tire-bouchon lorsqu'il est impossible de glisser les doigts entre le fibrome et la concavité du sacrum. Parfois, au contraire, on se trouve en présence d'un fibrome antérieur refoulant la vessie ; il est commode dans ces cas de commencer par la section première des ligaments ronds et de séparer avec les ciseaux courbes le feuillet péritonéal du fibrome. Cette manœuvre permet de faire ascensionner l'utérus libéré de la chappe péritonéale qui s'oppose à son ascension. Quoiqu'il en soit aussitôt la tumeur extériorisée il faut libérer les annexes, manœuvre qui ne présente de difficulté que lorsqu'un processus de salpingite s'ajoute au fibrome. Souvent l'annexe gauche adhère au colon pelvien et il est nécessaire de couper prudemment du bec des ciseaux courbes les quelques voiles membraneux qui unissent la trompe à l'intestin. Après libération des annexes on pince les ligaments utéro-ovariens et on les coupe. Il faut savoir que ce pédicule prend au cours de la grossesse un développement plus marqué et qu'il est prudent de faire porter la section très en dedans de la pince si l'on veut éviter le dérapage de celle-ci. La section des ligaments ronds suit celle des ligaments ovariens si elle n'a pas déjà été pratiquée. On refoule alors la vessie

avec une compresse en exerçant une pression douce de haut en bas sur la face antérieure de l'isthme utérin. Il faut se garder de frotter latéralement car on risquerait de déchirer les plexus veineux particulièrement turgescents ici. La vessie refoulée et l'utérus étant fortement tiré en haut par la traction des pinces de Museux ou du tire-bouchon, il devient aisé de pincer les utérines et de les sectionner. Il n'y a aucun danger habituellement de léser l'uretère si l'on prend bien soin de tirer sur l'utérus après refoulement de la vessie. La section du col et sa fermeture se font sans difficulté et on remplace alors les pinces par des ligatures ; celles-ci se font aisément car le relâchement des pédicules lié à l'imbibition gravidique est tel que les ligatures se font presque en dehors du ventre. La péritonisation est toujours aisée car le péritoine est ici extrêmement mobile du fait du ramollissement de tous les tissus.

Cette technique banale correspond à la majorité des cas. Il est assez rare que l'on soit amené à s'adresser au procédé américain. Cet artifice n'est indiqué que dans les cas de fibromes enclavés du ligament large à développement latéral sous-péritonéal. De même c'est seulement dans les cas de tumeurs enclavées du petit bassin impossibles à extraire par d'autres moyens qu'on pourrait être amené à envisager un évidement conoïde du centre de la tumeur ou la myomectomie préalable d'un ou deux noyaux plus volumineux.

Ces manœuvres dont l'emploi reste tout à fait exceptionnel permettent dans les cas difficiles d'extérioriser un utérus volumineux profondément enclavé.

CONCLUSIONS

L'hystérectomie abdominale pour fibrome gravidique n'est indiquée que dans les cas tout à fait exceptionnels ou la continuation de la grossesse mettrait la vie de la mère en danger.

L'indication opératoire découle dans plus de la moitié des cas d'accidents graves de compression qui viennent forcer la main du chirurgien.

Elle provient aussi parfois d'accidents graves hémorragiques ou infectieux liés à un avortement en cours, plus rarement d'une altération rapide de l'état général en rapport avec les phénomènes toxiques dus à la nécrobiose.

Souvent aussi l'intervention est pratiquée sans que la grossesse débutante puisse être reconnue, masquée qu'elle est par un fibrome volumineux dont les métrorragies dissimulent l'arrêt des règles. Il y a rarement lieu dans ces cas de regretter l'intervention, qui se serait trouvée indiquée à plus ou moins brève échéance du fait du volume de la tumeur incompatible avec l'évolution de la grossesse.

Indication opératoire au cours des fibromes gravidiques.

que n'est d'ailleurs pas synonyme d'hystérectomie, bien au contraire. Dans l'immense majorité des cas c'est la myomectomie qu'il faut pratiquer. C'est seulement lorsque le siège trop profond des fibromes ou leur multiplicité rend cette intervention de choix impossible qu'il faut se résoudre à l'hystérectomie.

Intervention d'exception, l'hystérectomie abdominale pour fibrome gravidique ne tire donc ses indications que de l'impossibilité de la myomectomie. Elle n'a été pratiquée que dans un nombre de cas très restreint, avec des résultats excellents d'ailleurs ; mortalité peu élevée, complications post-opératoires exceptionnelles. Le seul inconvénient de l'intervention réside dans l'interruption d'une grossesse en cours aggravée de l'impossibilité de toute grossesse ultérieure. Mais ce n'est point là un argument contre la méthode puisque l'hystérectomie est strictement réservée aux cas où l'évolution d'une grossesse est impossible sans danger pour la vie de la mère.

La technique de l'hystérectomie abdominale pour fibrome ne présente pas de difficultés spéciales du fait de la grossesse. Au contraire, l'imbibition gravidique donne aux tissus une élasticité qui simplifie grandement toutes les manœuvres opératoires.

Vu, le Doyen

BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALAMARTINE. — Fibrome utérin compliqué de grossesse. Hystérectomie (*Lyon médical*, 1914, p. 536).

V. BALTHAZARD. — Précis de médecine légale, 1928.

V. BALTHAZARD. — Etude médico-légale de l'avortement thérapeutique (*Acad. de Méd.*, 12 décembre 1922).

BARBIER. — Etude du sphacèle des fibromes au cours de la grossesse (*Thèse Bordeaux*, 1919-20).

BARTHELEMY (Bordeaux). — Indications opératoires dans la nécrobiose des fibromes survenant au cours de la grossesse (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*. Année XXIV, n° 8 août 1929, p. 492-505).

BEAUSSENOT et MAUDROT. — Fibromes et grossesse. Hystérectomie (*Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1903, p. 720).

BEGOUIN. — Fibrome utérin et grossesse. Hystérectomie abdominale subtotale (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1904, p. 177).

BLAND SUTTON. — Pregnancy in an uterus with fibroid. Panhysterectomy (*Obstetric Society*, Londres, 1905, p. 238).

BONNAIRE et BRINDEAU. — Fibrome et grossesse. Hys-

térectomie (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1909, p. 131).

BONNET LABORDERIE. — Grossesse dans un utérus fibromateux. Hystérectomie (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1912, p. 97).

BOOTH. — Hysterectomy for fibroid tumour complicated with pregnancy (*Texas Med. Gazette*, 1904, p. 238).

BOURSIER. — Fibrome interstitiel compliqué de grossesse. Hystérectomie abdominale totale (*Revue mensuelle de Gynécologie*, Bordeaux 1900, p. 587).

BOYD. — Two cases of abdominal hysterectomy for fibroids complicated by pregnancy (*J. Obst. and Gynecology*, Brit. 1904, p. 315).

BREWIS. — Two cases of pregnancy complicated by fibroides tumours treated by hysterectomy (*S. Med. an Surg. Journal*, 1907, p. 64).

BREWIS. — Total hysterectomy during pregnancy for rapidly growing fibromyomata (*So. Med. ans Surg. Journal*, 1898, p. 404).

BRICKNER. — Multiple fibroids complicating pregnancy hysterectomy (*American Journal Obstetric*, 1912, p. 645).

BRINDEAU. — Les fibromes compliqués de grossesse (*Presse Médicale*, 28 avril 1923).

BRINDEAU. — Fibrome gravidique (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1903, p. 168).

BRINDEAU. — La myomectomie dans ses rapports avec la grossesse (*Rapport au VI^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de la Langue française*. Bruxelles,

octobre 1929 in *Gynécologie et Obstétrique*, 1929, t. II, p. 255-272).

BUE H. — Fibrome et grossesse (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1910, p. 357).

CARBONELLI — Fibromioma e gravidanza isterectomia de le utero gravido (*Progrès Médical de Turin*, 1902, p. 157).

CARATENS. — Hysterectomy for multiple fibroids complicated by pregnancy (*American Journal Obstetric*, 1905, p. 734).

CHAVANNAZ et ANDERODIAS. — Grossesse dans un utérus fibromateux. Opération césarienne et hystérectomie (*Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1911, p. 407).

CLÉMENT. — Fibromyome utérin et grossesse concomitante. Hystérectomie (*Limousin Médical*, 1897, p. 98).

COL. — Fibroid tumors complicated by pregnancy. Supravaginal amputation (*American Gynecology and obstetrics Journal*, 1897, p. 700).

COLTIN. — Fibrome enclavé compliqué de grossesse. Hystérectomie. Guérison (*Bulletin Société de Chirurgie de Paris*, 1902, p. 421).

COMMANDEUR et VILLARD. — Fibromes multiples de l'utérus gravide; travail prématuré à 4 mois et demi; avortement impossible par incarceration haute du fœtus inaccessible au doigt; hystérectomie subtotal immédiate (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1926, p. 328).

DARTIGUES. — Utérus gravide avec fibromes multiples. Hystérectomie (*Paris Chirurgial*, 1909, p. 416).

A. DELFOUR. — Grossesse compliquée de fibrome. Infection, avortement. Hystérectomie (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1926, p. 516).

DEMONS. — Hystérectomie pour fibrome utérin compliquant une grossesse (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1907, p. 203).

DEVÉ. — Combinaison de la césarienne et de l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers et fibromes de l'utérus (*Thèse Lyon*, 1904).

DOLÉRIS. — Fibrome utérin incarcerated. Grossesse. Hystérectomie (*La gynécologie*, 1905, p. 193).

DOLÉRIS et CHARTIER. — Fibrome volumineux. Grossesse. Hystérectomie subtotala (*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1905, p. 329).

DONNEDIEU DE VABRES, H. DUVOIR et Henri DESOILLE. — La responsabilité médicale (*Rapport au XVI^e Congrès de médecine légale de langue française et de Med. légale*, 1931, n^o 5).

DORAN. — A case of hysterectomy for uterine fibroids in the fifth month of pregnancy (*Lancet*, 1901, t. I, p. 621).

DORAN. — Hysterectomy for uterine fibroid disease in early pregnancy (*Lancet*, 1902, t. II, p. 1451).

DUBOUCHER Henri et Emile POUGET. — Fibromes multiples dont un praevia et grossesse; menace d'avortement. Hystérectomie et guérison (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1925, p. 675).

DUNCAN. — Pregnancy complicated by fibromes tumour abdominal. Hysterectomy (*Lancet*, 1900, t. I, p. 613).

M. DUVOIR. — Discussion (sur la castration) (*Ann. de Méd. légale*, 1930, p. 652).

FABRE. — Hystérectomie pour fibrome utérin enclavé au cours d'une grossesse (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1906, p. 277).

FINET. — Hystérectomie pour grossesse compliquée de fibromes (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1898, p. 128).

FOCHER. — Hystérectomie pour fibrome et grossesse (*Lyon Médical*, 1903, p. 418).

FOCHIER. — Hystérectomie pour utérus fibromateux gravide (*Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1894, p. 121).

FRUHIMSHALZ et G. MICHEL. — Dystocie fibromateuse. Césarienne. Hystérectomie (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1920, p. 621).

FRY. — Pregnancy complicated by fibroïde. Panhysterectomy (*Tr. M. Soc. Dist. Columb*, 1901, Washington, 1902, p. 251).

GACHE. — Prenez complicata de fibromes. Histerectomia (*Ann. d. Cir. Med. Argent.*, 1899, p. 311).

GARÇON. — Code pénal annoté.

GILDINGS. — Hysterectomy of a gravid uterus complicated by fibromes (*Journal of Medecine and Surgery*, Portland, 1903-04, p. 194).

GOUILLOUD. — Dix-huit cas de grossesse après la myomectomie abdominale (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1928, séance du 9 mai, p. 691-699).

L. GRIMAULT (Algrange, Moselle). — Fibrome et grossesse de trois mois. Essais infructueux de myomecto-

mie. Hystérectomie (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1927, p. 493).

GUFREY. — Etude sur la suppuration des fibromyomes utérins (*Thèse Paris*, 1901).

GUTIERREZ E. — Hystérectomie abdominale pour fibromes utérins compliqués de grossesse à terme (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, p. 615).

HACKER. — Uber abdominale totale extirpatione schwangenen myomatorenen uterus *Thèse Berlin*, 1897).

HAY. — De la responsabilité civile des médecins *Thèse Paris*, 1925).

MAUCHE. — La responsabilité médicale au point de vue pénal (libr. Sirey, 1913).

LABEY et TIXIER. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins (*Rapport au XXVIII^e Congrès français de Chirurgie*, Paris, octobre 1924).

LEIBOVICI. — Gravité de l'avortement et dangers du curettage en cas de fibrome utérin (*Presse Médicale*, 14 mai 1927, p. 613 615).

LEMELAND. — De la torsion des fibromes sous-séreux et interstitiels (*Thèse Paris*, 1908).

LEROUX. — De la nécrobiose des fibromes de l'utérus pendant la grossesse (*Thèse Paris*, 1923).

LUCAS. — Des indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des fibromes compliqués de grossesse (*Thèse Paris*, 1900).

MICHON Louis. — Fibrome et grossesse de 3 mois. Essai infructueux de myomectomie. Hystérectomie (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1925, p. 386).

MONOD. — Fibromes utérins et utérus gravide. Hystérectomie abdominale totale (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1896, t. XXII, p. 708-710).

PIQUANT. — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus (*Thèse Paris*, 1905).

PIQUAND ET LEMELAND. — La torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse (*L'Obstétrique*, juillet 1909, pages 473-514).

POITEVIN DE FONTGUYON. — Hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliqués de grossesse (*Thèse Bordeaux*, 1898).

H. PAUCAT ET F. VANVERTS. — Fibrome et grossesse. Hystérectomie abdominale (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1911, p. 449).

POZZI. — Traité de Gynécologie, p. 468 et suivantes.

REIN. — Sur la méthode opératoire de l'extirpation de l'utérus gravidé (*Annales de Gynécologie, Paris*, 1881, t. XV, p. 130-133).

RIVIERE Maurice ET LACOUTURE. — Sur un cas de fibrome et grossesse (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1924, p. 614).

THEVENARD. — Hystérectomie abdominale totale pour fibrome et grossesse (*Société des chirurgiens de Paris*, 1929, p. 122 à 124).

THUMIN. — Chirurgische Eingriff bei Myomen der Gebärmütter (*Archiv. für Gynäkologie*, 1901, n° 44, p. 457).

TISSIER. — Utérus fibromateux. Avortement. Menace d'infection. Hystérectomie (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1896, p. 3).

TURNER. — Intervention chirurgicale dans les fibromes gravidiques (*Thèse Paris*, 1900).

VANVERTS M. J. — Fibrome utérin et grossesse. Développement de l'utérus aux dépens de son fond. Hystérectomie abdominale au troisième mois (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1920, p. 466).

VORON ET VOLMAT. — Fibrome utérin et grossesse. Hystérectomie (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1913, p. 225).

